COUNTWAY LIBRARY
HC 2L4V 1
DUPLICATE

Октябрь
30

СОВЕТСКИЙ ВРАЧЕБНЫЙ ЖУРНАЛ

ДВУХНЕДЕЛЬНЫЙ ОРГАН
КЛИНИЧЕСКОЙ И ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Да здравствует XX годовщина Великой Октябрьской социалистической революции в СССР!

№ 20

НАРКОМЗДРАВ СССР
МЕДГИЗ — ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
МОСКВА 1937 ЛЕНИНГРАД

ТСКИЙ ВРАЧЕБНЫЙ ЖУРНАЛ

XLI ГОД ИЗДАНИЯ

ДВУХНЕДЕЛЬНЫЙ ОРГАН КЛИНИЧЕСКОЙ и ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

РЕДАКТОРЫ ОТДЕЛОВ

Засл. деят. науки проф. Е. С. Лондон (Биологическая химия); засл. деят. науки проф. Г. Д. Белоновский (Микробиология); И. А. Добрейцер, проф. П. Ф. Здродовский (Эпидемиология); проф. П. В. Сквирский (Иммунология и инфекционные болезни); проф. В. А. Углов, засл. деят. науки проф. А. Н. Сысин (Гигиена); проф. Н. А. Вигдорчик (Проф. патология); проф. Б. Б. Койранский (Гигиена труда); проф. З. Г. Френкель (Соц. гигиена); проф. И. Д. Страшун (История медицины); проф. С. А. Новосельский (Сан. статистика); засл. деят. науки проф. Г. Ф. Ланг, проф. Р. А. Лурия, проф. Е. И. Цукерштейн, проф. М. В. Черноруцкий (Внутр. болезни); проф. В. С. Хольцман, проф. М. Р. Борок (Туберкулез); проф. Э. Ф. Буш, проф. С. М. Рубашев, проф. В. А. Шаак (Хирургия); засл. деят. науки проф. Н. Н. Петров (Онкология); засл. деят. науки проф. Б. Н. Хольцов, проф. И. Н. Шапиро (Урология); проф. С. А. Рейнберг, проф. А. К. Яновский (Рентгенология); проф. Г. Г. Гентер, проф. К. М. Фигурнов (Гинекология и акушерство); засл. деят. науки проф. С. Н. Давиденков (Нервные болезни); засл. деят. науки проф. В. П. Осипов (Душевные болезни); засл. деят. науки проф. М. С. Маслов (Детск. болезни); проф. М. Г. Данилевич (Детск. инфекции); засл. деят. науки проф. В. В. Чирковский (Глазные болезни); засл. деят. науки проф. В. И. Воячек (Ушные, носовые и горловые болезни); проф. М. Г. Мгебров, проф. О. Н. Подвысоцкая (Кожные и венерич. болезни); засл. деят. науки проф. С. А. Бруштейн, проф. Е. Т. Залькиндсон (Физиотерапия); зам. преп. П. И. Тимофеевский (Военно-санитарное дело); проф. В. М. Карасик (Фармакология); проф. Д. А. Энтин (Стоматология).

Зам. отв. ред. проф. М. В. Черноруцкий

Редактор проф. П. В. Сквирский

Отв. секр. редакции д-р М. В. Броун

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Расцвет народного здоровья в СССР	1521
ЧЕРНОРУЦКИЙ М. В., проф. Пути советской медицины в лечении внутренних болезней	1533
ШААК В. А., проф. Успехи советской хирургии за двадцать лет	1539
МАСЛОВ М. С., засл. деят. науки, проф. Советская педиатрия за двадцать лет	1545
ГЛЕБОВ Д. А., проф. Успехи охраны материнства в СССР	1551
ЧИРКОВСКИЙ В. В., засл. деят. науки, проф. Советская офтальмология за двадцать лет	1561
РУСАКОВ М. Я. Курортное дело за двадцать лет	1567
ЗАЛЬКИНДСОН Е. Т., проф. Успехи советской физиотерапии	15[illegible]
БЫКОВ К. М., проф. И. П. Павлов и его дело	158[illegible]

ХРОНИКА

РУКОПИСИ ДЛЯ НАПЕЧАТАНИЯ, КНИГИ ДЛЯ РЕЦЕНЗИЙ И ВСЮ КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ НАПРАВЛЯТЬ В БИОМЕДГИЗ, ЛЕНИНГРАД 11, ПРОСП. 25 ОКТЯБРЯ, 28 (ДОМ КНИГИ). ТЕЛ. РЕДАКЦИИ: 168-75

1937

СОВЕТСКИЙ ВРАЧЕБНЫЙ ЖУРНАЛ

ДВУХНЕДЕЛЬНЫЙ ОРГАН
КЛИНИЧЕСКОЙ И ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

LIBRARY
DEC 9 1937
American Medical Association

Да здравствует XX годовщина Великой Октябрьской социалистической революции в СССР!

№ 20

НАРКОМЗДРАВ СССР
ЕДГИЗ — ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
1937 ЛЕНИНГРАД

СОВЕТСКИЙ ВРАЧЕБНЫЙ ЖУРН

XLI ГОД ИЗДАНИЯ

ДВУХНЕДЕЛЬНЫЙ ОРГАН КЛИНИЧЕСКОЙ и ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

РЕДАКТОРЫ ОТДЕЛОВ

Засл. деят. науки проф. Е. С. Лондон (Биологическая химия); засл. деят. науки проф. Г. Д. Белоновский (Микробиология); И. А. Добрейцер, проф. П. Ф. Здродовский (Эпидемиология); проф. П. В. Сквирский (Иммунология и инфекционные болезни); проф. В. А. Углов, засл. деят. науки проф. А. Н. Сысин (Гигиена); проф. Н. А. Вигдорчик (Проф. патология); проф. Б. Б. Койранский (Гигиена труда); проф. З. Г. Френкель (Соц. гигиена); проф. И. Д. Страшун (История медицины); проф. С. А. Новосельский (Сан. статистика); засл. деят. науки проф. Г. Ф. Ланг, проф. Р. А. Лурия, проф. Е. И. Цукерштейн, проф. М. В. Черноруцкий (Внутр. болезни); проф. В. С. Хольцман, проф. М. Р. Борок (Туберкулез); проф. Э. Ф. Буш, проф. С. М. Рубашев, проф. Б. А. Шаак (Хирургия); засл. деят. науки проф. Н. Н. Петров (Онкология); засл. деят. науки проф. Б. Н. Хольцов, проф. И. Н. Шапиро (Урология); проф. С. А. Рейнберг, проф. А. К. Яновский (Рентгенология); проф. Г. Г. Гентер, проф. К. М. Фигурнов (Гинекология и акушерство); засл. деят. науки п[роф.] С. Н. Давиденков (Нервные болезни); засл. деят. науки пр[оф.] В. П. Осипов (Душевные болезни); засл. деят. науки пр[оф.] М. С. Маслов (Детск. болезни); проф. М. Г. Данилев[ич] (Детск. инфекции); засл. деят. науки проф. В. В. Чирк[овский] (Глазные болезни); засл. деят. науки проф. В. И. [Воячек] (Ушные, носовые и горловые болезни); проф. М. Г. [Торсуев], проф. О. Н. Подвысоцкая (Кожные и венерич.) засл. деят. науки проф. С. А. Бруштейн, проф. Е. Т. За[лькинд]сон (Физиотерапия); зам. пред. П. И. Тимофеевский (санитарное дело); проф. В. М. Карасик (Фармакология) Д. А. Энтин (Стоматология).

Зам. отв. ред. проф. М. В. Черноруцкий

Редактор проф. П. В. Сквирский

Отв. секр. редакции д-р М. В. Броун

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Расцвет народного здоровья в СССР	1521
ЧЕРНОРУЦКИЙ М. В., проф. Пути советской медицины в лечении внутренних болезней	1533
ШААК В. А., проф. Успехи советской хирургии за двадцать лет	1539
МАСЛОВ М. С., засл. деят. науки, проф. Советская педиатрия за двадцать лет	1545
ГЛЕБОВ Д. А., проф. Успехи охраны материнства в СССР	1551
ЧИРКОВСКИЙ В. В., засл. деят. науки, проф. Со[ветс]кая офтальмология за двадцать лет . . .	
РУСАКОВ М. Я. Курортное дело за двадцать ле[т]	
ЗАЛЬКИНДСОН Е. Т., проф. Успехи советско[й] зиотерапии	
ВЫКОВ К. М., проф. И. П. Павлов и его	
ХРОНИКА	

РУКОПИСИ ДЛЯ НАПЕЧАТАНИЯ, КНИГИ ДЛЯ РЕЦЕНЗИЙ И ВСЮ КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ НАПР[АВЛЯТЬ]
В БИОМЕДГИЗ, ЛЕНИНГРАД 11, ПРОСП. 25 ОКТЯБРЯ, 28 (ДОМ КНИГИ). ТЕЛ. РЕДАКЦИ[И]

СОВЕТСКИЙ ВРАЧЕБНЫЙ ЖУРНАЛ

Октябрь | № 20 | 1937

The Growth of Popular Health in USSR

РАСЦВЕТ НАРОДНОГО ЗДОРОВЬЯ В СССР

Двадцать лет тому назад в нашей стране, составляющей одну шестую часть мира, была совершена социалистическая революция. Капитализму был нанесен жесточайший удар, так как рабочий класс в союзе с крестьянством под руководством большевистской партии и ее гениальных вождей Ленина и Сталина, сбросив в России царско-жандармский режим и уничтожив помещичье-буржуазную эксплоатацию, установил диктатуру пролетариата.

Свержение капитализма в нашей стране знаменует собой «конец предистории человечества», начало его подлинной истории. Ибо только после победы пролетариата, после ликвидации капиталистической эксплоатации и перехода на социалистическую организацию производства «человек — как писал Энгельс — окончательно выделится из царства животных и из животных условий существования перейдет в условия действительно человеческие. Жизненные условия, окружающие человечество и до сих пор над ним господствовавшие, попадут под власть и контроль людей, которые впервые станут действительными и сознательными повелителями природы. . .»

Марксистское мировоззрение рассматривает человека как высший капитал, а его трудовую деятельность — как победную борьбу с природой и источник всякого богатства: «из всех ценных капиталов, имеющихся в мире, самым ценным и самым решающим капиталом являются люди, кадры». (Сталин.) Эти сталинские слова находят свое ярчайшее подтверждение во всемирно-исторических успехах социалистического строительства, достигнутых людьми нашей страны, дружными усилиями многомиллионного и многонационального Советского Союза.

За прошедшие двадцать лет СССР в корне преобразил свое народное хозяйство, организовал социалистическую промышленность, провел коллективизацию сельского хозяйства, укрепил многочисленные совхозы, достиг огромного культурного подъема народов СССР, ввел в действие Сталинскую Конституцию как основной закон страны. В Сталинской Конституции полностью отражены те грандиозные хозяйственно-экономические и социально-культурные завоевания, которые осуществлены в Стране Советов в результате великих побед рабочего класса в союзе с крестьянством.

Сопоставление некоторых показателей экономического порядка за довоенный период и к двадцатилетию Октябрьской революции показывает рост народного дохода, колоссальное увеличение продукции крупной промышленности, в частности чугуна и стали, увеличение продукции зерновых культур. В нашей стране полностью ликвидирована безработица, увеличилась численность рабочих и служащих, значительно поднялась производительность труда, а это — подчеркивал Ленин — есть «в последнем счете, самое важное, самое главное для победы нового общественного строя».

В СССР колоссально вырос фонд заработной платы, значительно поднялось ее реальное значение. При самом коротком рабочем дне в мире за первую пятилетку «фонды заработной платы у нас выросли в 4 раза, а за последующие годы 2-й пятилетки они увеличились, примерно, еще в 2½ раза, приближаясь в нынешнем году к внушительной сумме — 80 млрдов рублей».[1] Вместе с повышением денежной зарплаты партия и правительство неуклонно осуществляли снижение цен как на продукты питания (хлеб, сахар, масло и т. д.), так и на многочисленные промтовары. «Наш потребитель сэкономил на снижении цен в 1935 году около 5 млрд. рублей, а в 1936 году — свыше 5 млрд. Таким образом, за 2 года трудящиеся нашей страны получили возможность приобрести дополнительно товары более чем на 10 млрд. рублей. В нынешнем году вновь снижены цены на все решающие промышленные товары. Это даст потребителю еще около полутора млрд. рублей экономии».[1]

Органически невозможный для капиталистических стран *рост благосостояния рабочего класса, который достигнут в СССР к двадцатилетию Октябрьской революции, и коренное изменение трудовых условий явились стимулом к повышению производительности труда и важнейшей предпосылкой для расцвета здоровья. Именно на основе социалистической экономики огромное развитие в СССР получило дело здравоохранения.* Направление и содержание всей работы органов здравоохранения четко сформулировано в программе РКП(б), принятой на VIII съезде в 1919 г.:

> «В основу своей деятельности в области охраны народного здоровья РКП полагает прежде всего проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний».

Наряду с проведением санитарно-профилактических мероприятий наша партия выдвигает в качестве важнейшей задачи «обеспечение общедоступной, бесплатной и квалифицированной лечебной и лекарственной помощи».

---

[1] Передовая Ц. О. «Правда» — «Реальная зарплата неизменно растет» — от 16/VIII 1937 г.

Охрана здоровья народов Советского Союза поставлена как важнейшая общественно-политическая государственная задача. Наряду с созданием мощной санитарной организации огромного развития достигла к двадцатилетию Октябрьской революции сеть лечебно-профилактических учреждений. *На здравоохранение в СССР ассигнуются ежегодно колоссальные и все возрастающие суммы.* В довоенном 1913 г. на нужды здравоохранения было затрачено 128,5 млн. рублей; в Советском Союзе израсходовано на здравоохранение: в 1928 г. — 700 млн. руб., в 1932 г. — 2,1 млрд., в 1933 г.—2,5 млрд., в 1934 г. — 3,2 млрд., в 1935 г.— 4,0 млрд., в 1936 г. — 5,6 млрд. рублей; специальным декретом в 1936 г. ассигнуются дополнительно 692,8 млн. рублей на родильные дома, акушерские пункты, ясли и детские учреждения. Выросла основная сеть медицинских учреждений *(больницы,* городские смешанного типа, специальные стационары, клинические больницы, больницы в районных центрах, сельские врачебно-больничные участки), в которых осуществляется наиболее сложное и наиболее полное медицинское обслуживание больных; *в 1937 г. наш коечный фонд в три раза превышает (по числу коек) больничную сеть дореволюционного времени.* На январь 1914 г. вся больничная сеть насчитывала 175,6 тыс. коек. Строительство больниц в новых промышленных пунктах, в крупных промышленных центрах, в национальных республиках и в сельских районах, развертывание новой коечной сети проводилось стремительными темпами (в 1929 г. — 246,1 тыс. коек, в 1933 г. — 410,2 тыс. коек, в 1936 г. — 505,5 тыс. коек, в 1937 г. — 561,2 тыс. коек (по плану).[1] К двадцатилетию Октябрьской революции показатель коечного обслуживания в городах достиг 6,0—7,0 коек на *1000* населения. Специальная сеть родильных коек, потребность в которой является острой, была в дореволюционное время крайне незначительна; насчитывалось всего 6824 койки. Уже к началу 1936 г. в СССР число родильных коек увеличилось в семь раз; после декрета 27/VI 1936 г. эта сеть еще значительно расширилась. Но, пожалуй, самым ярким примером забот, которые в Советском Союзе проявляются в отношении охраны народного здоровья и предупреждения заболеваемости, является развертывание детских учреждений. *В помощь матери-работнице и матери-колхознице, в помощь трудящейся женщине, которая в Советском Союзе, как ни в одной стране мира, участвует равноправно во всех областях социалистического строительства, создана широко разветвленная сеть яслей.* В 1914 г. насчитывалось только 11 тыс. мест в яслях, в 1929 г. — 257 тыс. мест, в 1934 г. — 5 млн. мест, наконец в *1936 г. имелось почти 6½ млн. мест в яслях.*[2]

С каждым годом укрепляется врачебными силами и средним медицинским персоналом сельская сеть медицинских участков. Сеть врачебных амбулаторий в сельских местностях, достигнув к двадцатилетию Октябрьской революции 16 000 учреждений, почти в четыре раза мощнее дореволюционной сети; за последнее время в деревню направлялось ежегодно 2—2,5 тыс. врачей.

[1] Цифровые данные цитированы: по «Соц. строительство Союза Сов. Соц. Республик», Госплан, 1936 г.; по альбому Изостата, а также по книге «Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР», ЦУНХУ Госплана, Москва, 1936 г.

[2] По тем же источникам.

Такой грандиозный рост числа медицинских — как лечебных, так и профилактических — учреждений с многочисленными врачебными специальностями сопровождался усиленной подготовкой медицинских кадров, в первую очередь — врачей. Единичные медицинские факультеты дореволюционных университетов умножены в Советском Союзе разветвленной сетью новых медицинских институтов. Вопрос об улучшении системы медицинского образования и форсировании темпов подготовки медицинских специалистов был предметом особых забот партии и правительства. 1/VI 1931 г. ЦК ВКП(б) было вынесено развернутое решение по этому поводу; на XVII съезде ВКП(б) в 1934 г. товарищ Сталин заострил внимание всей партии на необходимости решительного устранения недостатков работы медицинских вузов. В результате напряженной работы в этом направлении к *двадцатилетию Октябрьской революции Советская страна располагает 100 000 закончивших высшее медицинское образование врачей,* т. е. в пять раз большим числом врачей, чем в дореволюционное время (1914 г. — 19 785).[1] Созданы и функционируют 53 медицинских института, которые обеспечивают ежегодный выпуск *примерно 10—12 тыс. врачей.* К концу третьей пятилетки в СССР будет 160 тыс. врачей.[2] За исключением Таджикской и Киргизской ССР, медицинские институты созданы во всех союзных республиках, чем обеспечивается подготовка врачей из среды коренного населения каждой республики (РСФСР — 33 медицинских института, УССР — 12, БССР — 2, по 1 медицинскому институту — в Грузинской, Армянской, Азербайджанской, Туркменской, Узбекской и и Казахской ССР).

В СССР ежегодно 600 000 рабочих, колхозников, служащих, студентов пользуются санаториями и курортами (в 1935 г. — 579 тыс. чел.). Одним из видов подлинной реализации права на отдых, записанного в Сталинской Конституции, является использование домов отдыха профсоюзов; число отдыхающих ежегодно растет и в последние годы превышает 1 500 000 чел. (1934 г. — 1 345 000, 1935 г. — 1 613 700).[3]

Параллельно с развертыванием учреждений здравоохранения и в контакте с ними неуклонно расширяется в СССР обеспечение заболевших, временно нетрудоспособных, инвалидов и т. д. пособиями по социальному страхованию.

За истекшие после Октябрьской революции 20 лет советская медицинская наука завоевала передовые позиции в теоретической и научно-практической работе. Многочисленные и разнообразные проблемы медицины, например в области обезболивания родов, в области лечения и борьбы против рака, в области переливания крови и т. д., находят наиболее полное разрешение в трудах советских ученых и наиболее быстрое научно-практическое осуществление в медицинских учреждениях СССР. Создан Всесоюзный институт экспериментальной медицины. Равного ему нет в мире. Всесоюзный институт экспериментальной медицины построен как сложный комплексный исследо-

[1] Цифровые данные цитированы по «Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР», ЦУНХУ Госплана, 1936 г., стр. 60.

[2] По расчетам Госплана, см. статью т. *Жук,* «Сов. Медицина», 1937, № 2.

[3] См. «Соцстроительство СССР», ЦУНХУ, 1936 г., альбом Изостата.

вательский институт, сочетающий лабораторно-экспериментальную методику со всесторонним изучением человека в условиях конкретной социальной среды.

К двадцатилетию Октябрьской революции Союз Советских Социалистических Республик располагает почти 300[1] медицинскими научно-исследовательскими институтами и их филиалами. Уже много лет работают совершенно новые по профилю медицинские научно-исследовательские учреждения, например институты курортологии, институты гигиены труда, институты здравоохранения и санитарной культуры, онкологические институты, институт авиационной медицины и др.

Санитарное состояние и естественное движение населения являются объективными показателями успехов социалистической организации труда и быта, в частности, достижений советского здравоохранения. За истекшие после Октябрьской революции двадцать лет здоровье народных масс существенно улучшилось.

Детское население Советского Союза — счастливое детство, оно знает о себе заботу со стороны государства и заботу со стороны семьи. Жуткая по своей распространенности в дореволюционном прошлом детская эпидемическая заболеваемость (например дифтерия и т. д.). значительно снижена. Оспа практически ликвидирована. Смертность грудных детей особенно резко сократилась в городах. По всему СССР она уменьшилась больше чем в два раза. То же происходит и в нашей колхозно-совхозной деревне. Так, в деревнях Луховицкого р-на Московской области детская смертность в 1917 г. достигала 20,5 на 100 родившихся, а уже в 1930 г. она уменьшилась почти вдвое. В деревнях Тамбовского р-на ЦЧО до Революции детская смертность равнялась 22,0, а в 1930—1933 гг. — только 12,5 на 100 родившихся.[2]

Наша молодежь, которая никогда не знала капиталистической эксплоатации, — здоровая, цветущая молодежь. Она преисполнена сил и бодрости. Небывало широко развернуто физкультурное движение, ряды старых производственников пополняются массой молодых стахановцев, которые показывают небывало высокую производительность труда. Красная армия, стоящая на страже рубежей СССР, получает здоровое пополнение. Медицинские комиссии повсеместно обнаруживают все меньше и меньше больных среди призывников; если, например, еще в период первой пятилетки находили на 1000 человек несколько десятков туберкулезных, то в последние годы туберкулезные попадаются лишь в единичных случаях.

Красная армия сама является отличной школой здоровья; набор в Красную армию производится исключительно из здоровых юношей, и вся система здравоохранения обслуживает призывника до вступления его в ряды бойцов РККА.

У рабочих 22—23-летнего возраста, обследованных проф. *Ф. Ф. Эрисманом* примерно 50 лет тому назад в Московской губ., средний рост достигал 164,6 см. По данным же о призывниках 1927 г. в г. Москве установлен средний рост 167,3 см, а в 1933 г. — даже 168,0 см. У призывников Московской обл. в 1927 г. рост был 166,4 см, а в 1933 г. — 167,4 см. Этому увеличению роста соответствуют и другие объективные показатели физического развития, как увеличение веса, объема грудной клетки и т. д.

Здоровая молодежь СССР, свободная от угрозы безработицы, сознательно относящаяся к социалистической собственности на фабрично-заводских предприятиях, в колхозах и совхозах, отдается труду как «делу чести, делу славы, делу доблести и геройства»; отдается она с энтузиазмом и учебе. *Только благодаря уничтожению эксплоатации человека человеком, благодаря сокращению массовой заболеваемости, в частности, тяжелыми инфекционными болезнями, народы СССР физически окрепли для творческой и счастливой жизни.*

Санитарное состояние Советского Союза настолько резко изменилось, что не может быть никакого сравнения с тем прошлым, когда животрепещущими санитарно-эпидемическими проблемами были холера, чума, массово распространенная оспа и т. д. Ведь всего 30 лет тому назад в столице тогдашнего «Российского государства» — Петербурге за один 1908 г. умерло 8000 чел. от холеры. Голод и эпидемии были постоянными гостями царской России вплоть до 1914 г.

Первая и вторая пятилетки были для СССР периодом коренного оздоровления страны. Заболеваемость по большинству инфекций резко сократилась. У нас в стране нет не только заболеваний холерой, чумой, не только практически ликвидированы заболевания оспой, не только заболевания сыпным тифом сократились во много раз, не только уменьшилось число заболеваний брюшным тифом, но резко снижена и та обширная группа так называемых социальных или социально-бытовых болезней, как сифилис, гонорея, туберкулез, трахома и т. д., в уничтожении которых бессилен капиталистический мир.

«Россия нэповская» превратилась в Россию социалистическую. СССР стал могущественнейшей индустриальной страной, страной самого крупного в мире социалистического земледелия. На этой основе стали возможны и наши исключительные успехи в улучшении народного здоровья.

Совершенно противоположная картина в странах капитала. Капитализм не в состоянии использовать имеющиеся производительные силы. Вопиющие противоречия капиталистической системы проявляются в виде массовой безработицы, голода, частых самоубийств, повышенной заболеваемости и смертности рабочих, резкого снижения естественного прироста населения.

Только в атмосфере капиталистической эксплоатации, на почве национально-колониального порабощения, отравления народных масс религиозными суевериями и предрассудками выматывались и выматываются у трудящихся капиталистических государств и колоний последние запасы жизненной энергии и здоровья.

Капиталистический строй немыслим без болезней; они являются его постоянными спутниками. Фашизм же знаменует самое варварское наступление на завоевания рабочего класса. Фашизм принес с собой трудящимся Германии и Италии ужасающее ухудшение жизненных условий и прямое физическое истребление трудящихся.

Если сравнить смертность населения в столице СССР — Москве, а также в ряде других наших крупных центров со смертностью населения столиц фашистских государств, то выяснится, что в последних

[1] Цифровые данные цит. по «Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР», ЦУНХУ, 1936 г.

[2] По обследованиям Института социальной гигиены в Москве.

смертность выше, чем у нас. Так, в Москве за 1935 г. смертность составила 11,6 на 1000 населения, в Ленинграде — 11,3, т. е. ниже чем в фашистских столицах: в Берлине — 12,8, в Риме — 12,3, в Токио—13,2, в Лиссабоне — 21,1.[1] Показатели смертности в столицах советских республик значительно ниже показателей смертности в наиболее санитарно-технически благоустроенных столицах ряда буржуазно-демократических государств (Париж — 12,0, Вена — 12,9 за 1935 г.).

При этом не следует забывать, что жизнь в столицах капиталистических государств поддерживается на определенном уровне благодаря тяжелейшей эксплоатации и пауперизации населения колоний. Нет надобности приводить статистических выкладок, показывающих, что, например, в городах Индии смертность населения значительно выше, чем в английских городах.[2] Если в каком-нибудь советском городе, в какой-либо год общая смертность составляла 10—12 на 1000 населения, то этот показатель не подвержен значительным колебаниям ни по отдельным слоям населения, ни по отдельным территориальным частям этих городов. В капиталистических же городах, в силу антагонистических тенденций их классовой природы, за средними показателями смертности скрываются всегда в два, в три, в пять и более раз повышенные показатели смертности рабочего, а еще чаще — безработного населения.

Известный американский журнал «American journal of Public Health» недавно опубликовал данные о смертности от туберкулеза по г. Нью-Йорку (май 1936 г.). В среднем по городу смертность от туберкулеза равнялась за 1929—1933 гг. 60—75,0 на 100 000 населения. Однако при этом имеются целые кварталы и части города, где смертность от туберкулеза в три-четыре раза выше, например East Harlem District — 131,0, Central Harlem — 247,0 и т. д. Разумеется, только эти худшие показатели характеризуют условия жизни трудящихся в капиталистическом Нью-Йорке. Именно потому, что в СССР нет антагонистических классов, нами к двадцатилетию Октябрьской революции достигнуто общее устойчивое понижение смертности; именно поэтому смертность от туберкулеза в Москве, Ленинграде и в других советских городах уже значительно ниже, чем в рабочих кварталах Нью-Йорка, Лондона и т. д. Нельзя, впрочем, ограничиться сопоставлением одного лишь показателя смертности без учета рождаемости, заболеваемости населения и т. д. Показатель общей смертности является наиболее частым приемом санитарно-демографической оценки положения капиталистических государств; им охотно пользуется буржуазная статистика потому, что на снижении смертности сказывается низкая рождаемость и характерные особенности возрастно-полового состава населения большинства капиталистических государств.

В нашей стране произошло значительное уменьшение заболеваемости и снижение смертности, в особенности от инфекционных болезней. Таблицы смертности в СССР за 1926—1927 гг. выявили, что за период с 1897 г., т. е. за тридцатилетний период и в том числе за первые десять лет Октябрьской революции, средняя продолжительность жизни увеличилась на 12 лет. Такого темпа роста средней продолжительности жизни, как в СССР, не знали никогда капиталистические страны.

Уже сейчас в СССР процесс оздоровления страны является повсеместным, т. е. происходит во всех без исключения национальных республиках. Тот же процесс снижения смертности и заболеваемости происходит и среди колхозного населения СССР.

Проблема охраны материнства и младенчества, представляющая собой целый комплекс широких социальных вопросов, а вместе с тем и задачу здравоохранения, успешно разрешается в СССР — стране социализма; эта проблема неразрешима в условиях капитализма. Между охраной материнства трудящейся женщины и алчной капиталистической эксплоатацией существует непреодолимый антагонизм.

Во всем капиталистическом мире уже с конца прошлого века обозначилась тенденция снижения рождаемости. После империалистической войны рождаемость еще резче упала и в настоящее время в большинстве капиталистических государств снизилась до уровня в два раза меньшего, чем она была лет 30—40 тому назад. Известный буржуазный гигиенист А. Фишер признает, что в Германии в условиях, когда «невозможно заботиться о здоровье существующих людей, нечего и думать о значительных средствах и мероприятиях в интересах будущего поколения». Германский демограф Борткевич по этому же поводу говорит, что широкое развитие мероприятий по поднятию рождаемости невозможно из-за «высокой их стоимости». Он предлагает авторам всевозможных проектов поднятия рождаемости подумать о том, чтобы «эти мероприятия не воспрепятствовали накоплению капитала».[1] Выходит таким образом, что проблема материнства противоречит... закону капиталистического накопления!

В Советском Союзе, напротив, молодежь объединяется в семьи, а семья — источник радости и бодрости. В СССР рождаемость в период 1926—1936 гг. составляла 35,0—40 на 1000 населения. Это обусловлено неуклонным ростом материального благосостояния рабочей семьи и поднятием широчайших масс колхозников на уровень зажиточной жизни. Предпосылкой еще более резкого повышения рождаемости в СССР является *декрет 1936 г. о запрещении абортов и о расширении родовспоможения, об улучшении обслуживания детей и об обеспечении пособиями многодетных семейств.* Из разных концов нашей страны поступает масса сообщений о более высоких показателях рождаемости в 1937 г. по сравнению с 1936 г. За I квартал 1937 г. число рождений в Москве больше на 79%, в Ленинграде — на 72%, в Харькове — на 87%, в Ашхабаде — на 96%, в Тбилиси — на 50%, в Баку — на 42%, в Сталинабаде — на 43%, чем за I квартал 1936 г. По данным Наркомфина СССР в I квартале 1937 г. было направлено на места 566 млн. рублей для выплаты пособий 270 тыс. многодетным матерям.

Какой поразительный контраст между этими данными и катастрофически падающей рождаемостью

---

[1] См. «Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР», ЦУНХУ, 1936 г., а также «Rapport épidémiologique de la Sect. Hygiène — Société des Nations», 1936, № 1—12.

[2] См. специальный график в «Здоровье трудящихся у нас и у них». *Б. Дидрихсон.*

[1] Цитировано по *Б. Смулевич* — «Буржуазные теории народонаселения в свете марксистско-ленинской критики», Соц.-эк. гиз., 1936 г.

в столицах капиталистических государств! В Осло, Стокгольме, Вене, Париже рождаемость настолько мала, что она даже не покрывает смертности населения.

Особенно поражает Вена значительным показателем убыли населения, который является следствием совершенно исключительно низкой рождаемости (смертность — 12,4, рождаемость 5,5 на 1000 населения). В столице Португалии хотя рождаемость и достигала 20,0 на 1000 населения, тем не менее отмечается естественная убыль населения, вследствие весьма высокой смертности. Нужно иметь в виду, что 1935 г. не является каким-либо особенным годом. Предыдущие годы дают примерно такую же картину.

В фашистских государствах рождаемость из года в год все более снижается. В Италии, невзирая на «чрезвычайные» мероприятия, вроде налогов на холостяков и т. д., падение рождаемости, начавшееся еще до империалистической войны, неуклонно и еще быстрей продолжается при фашизме.

Надо ли особо останавливаться на положении в фашистской Германии, где ведущим лозунгом правящей партии является «пушки вместо масла», где с беспримерным цинизмом введен в действие и свирепствует во-всю фашистский закон о стерилизации «неполноценных»? Рождаемость в Германии за последнее время в среднем в два раза ниже, чем в довоенные годы (1910—1914 гг. — 27,5—30, 1932—1935 гг. — 15,0—16,0). Да и в самых «благополучных» буржуазно-демократических государствах, в самых «благоустроенных» столицах капиталистического мира годовой прирост остается на весьма низком уровне: 1,0—2,5 на 1000 населения.

Только в СССР, в столицах наших союзных республик, благодаря социалистическому строю, благодаря широкой социально-профилактической работе, отмечается значительный и устойчивый прирост населения; он покоится, с одной стороны, на резко сократившейся смертности, а с другой — на высокой, притом эффективной и продолжающей в 1937 г. увеличиваться рождаемости населения.

Естественный прирост населения на 1000 в 1935 г. составил в Москве + 5,7, т. е. был в четыре раза больше, чем в Берлине (+ 1,2) и в три раза выше, чем в Лондоне и Нью-Йорке (+ 1,9).

Полная противоположность тенденций естественного движения населения в Советских Социалистических Республиках и капиталистических государствах совершенно очевидна. Ясно, что общественно-необходимый, здоровый прирост населения возможен только там, где оздоровление населения осуществляется как комплекс социально-гигиенических мероприятий, распространяющихся на широкие массы трудящихся. Чем успешнее действует массовая гигиена труда и быта, санитарная техника в городах и сельских местностях, чем более четко осуществляется санитарно-профилактическая направленность здравоохранения, чем интенсивнее лечебное обслуживание народных масс, — тем реже среди населения заболеваемость и смертность. Эти азбучные истины были добыты прогрессом гигиены и санитарной техники в самом капиталистическом обществе. Еще полстолетия тому назад наука непреложно установила, что «в подавляющем большинстве случаев неполноценность основывается не на первоначальной неполноценности зародышевых клеток, а исключительно на неблагоприятных внешних условиях» (Грубер),[1] т. е. на условиях капиталистической эксплоатации. Социальная обусловленность массовой заболеваемости была вскрыта в XIX веке трудами Маркса—Энгельса—Ленина. Тем не менее современная фашистская лженаука проповедует так называемую «расовую гигиену», «теорию», будто депопуляция германского народа является результатом плохих наследственных качеств «биологически неполноценных элементов», в то время как в действительности это объясняется убийственными условиями существования народных масс. Не смея отрицать таких фактов, как чрезвычайная распространенность туберкулеза взрослых и рахита детей среди населения пролетарских кварталов капиталистических городов, фашистские «теоретики» пытаются объяснить это «биологической неполноценностью» эксплоатируемых классов, а отнюдь не варварским режимом классового господства буржуазии, которая обрекает трудящиеся массы на безработицу и лишает их насущных условий питания и человеческого жилища.

Сваливая все зло на «естественные законы», фашистские изуверы приходят к отрицанию необходимости мероприятий в области социального страхования и здравоохранения; развитию родильных домов они противопоставляют «стерилизацию неполноценных», т. е. массовое обеспложивание, уничтожение потомства. Больше того, «расовая теория» используется как идеологическое оружие фашизма для оправдания его внешнеполитических агрессивных планов. Относя в разряд «биологически неполноценных рас» колониальные народы и все народы многонационального Советского Союза, фашистствующие расовики оправдывают «солдатский активизм» (по выражению фашистского оберфилософа Боймлера) гитлеровской Германии, добивающейся колоний и стремящейся к превращению всего СССР в колонию «третьей империи».

Этими «установками» фашизма проникнута современная «унифицированная» демографическая и медицинская литература Германии. Последний выпуск официальной серии изданий медицинского ведомства представляет собой «труд» о причинах и последствиях падения рождаемости. Фашистский автор, ссылаясь на естественную историю, заявляет, что «здоровые живые существа, которые не находят достаточных условий для существования, вовсе не отказываются от продолжения вида, а пускаются на поиски и становятся на путь войны». Речь идет, конечно, о войне против СССР, ибо в дальнейшем «научном» изложении фашистский «ученый» оговаривается, что война между западноевропейскими государствами с «полноценным расовым «составом» населения была бы гибельна».[2]

Известно, что фашистские заправилы не гнушаются никакими средствами повсеместной вербовки наемных агентов для осуществления своих захватнических планов и, в первую очередь, для злодейского нападения на единственную в мире страну социализма — на СССР. Именно в тылы Советского Союза буржуазные государства засылают вдвое и втрое

[1] Цитировано по *Б. Смулевич* — «Буржуазные теории народонаселения». Соц.-эк. гиз, 1936 г., стр. 240.

[2] Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung «Die Usachen und Folgen des Geburtenrückgangs», D-r Ungern-Sternberg. Berlin 1936.

больше вредителей, шпионов, диверсантов и убийц, чем в тылы любого буржуазного государства. Этот факт, подчеркнутый нашим мудрым вождем товарищем Сталиным, должен быть учтен всеми работниками здравоохранения — одного из ответственнейших участков социалистического строительства. Вскрытые в различных учреждениях здравоохранения вредительские акты троцкистско-бухаринских бандитов подтверждают повелительную необходимость всемерного повышения политической бдительности всех советских медицинских работников. Работники теоретического фронта, все советские врачи должны отдать себе ясный отчет в том, что проникновение идеологически враждебных теорий в нашу медицинскую литературу отнюдь не случайно. Нельзя забывать, что на протяжении всех двадцати лет победоносного социалистического строительства в нашей стране не прекращалась борьба с апологетами буржуазной медицины, с многообразными извращениями классово-пролетарской линии в области здравоохранения. Первый этап советского здравоохранения ознаменовался саботажем медицинских специалистов царской формации. На каждом этапе обострения классовой борьбы находила свое яркое отражение активизация контрреволюционных элементов то в форме вредительства, то в форме оживления реакционных теорий меньшевиствующего идеализма и механицизма, то в форме протаскивания лженаучных расовых теорий фашизма.

За двадцать лет произошла огромная перестройка в рядах медицинских специалистов СССР. Масса советских ученых с беззаветной любовью к социалистической родине отдается творческой научной работе. Умножились ряды специалистов, окончивших советские медицинские вузы. Но все это не позволяет ни на минуту ослаблять нашу бдительность в борьбе с последышами разгромленных эксплоататорских классов, которые, всячески маскируясь, выполняют вражеское дело подручных Троцкого, Бухарина и прочих «ученых приказчиков» озверелого фашизма. Надо помнить и никогда не забывать, что СССР находится в капиталистическом окружении, надо помнить, что «... без непримиримой борьбы с буржуазными теориями на базе марксистско-ленинской теории невозможно добиться полной победы над классовыми врагами» (Сталин). Надо раз навсегда усвоить, что повышение политической бдительности немыслимо без овладения большевизмом. Надо раз навсегда распрощаться с гнилой теорией об «аполитичности медицины», с традициями так называемой «врачебной этики», надо широко использовать испытанные методы большевистской критики и самокритики, научиться лучше распознавать врагов, напрячь все силы на ликвидацию последствий вредительства, на закрепление и умножение всемирно-исторических успехов советского здравоохранения. Перед советскими медицинскими работниками — огромное поле самой плодотворной деятельности в самой благоприятной обстановке, которая дает нам «возможность вырастить новое поколение рабочих, здоровых и жизнерадостных, способных поднять могущество Советской страны на должную высоту и защитить ее грудью от покушений со стороны врагов» (Сталин).

К двадцатой годовщине Великой Октябрьской революции мы приходим с решающими победами, несбыточными для всего капиталистического мира. Там, в мире капитала, ужасающая деградация всего дела здравоохранения, катастрофическое падение естественного прироста населения; здесь у нас, в СССР, в стране социализма — подъем теоретической и практической медицины на небывалую высоту, стремительный здоровый прирост народонаселения. Так подтверждается гениальное предвидение Карла Маркса, что каждой общественной формации и экономической структуре общества присущи свои специфические, исторически складывающиеся, только ей свойственные закономерности в развитии численности, состава и здоровья населения. Система фашизма привела к полному банкротству дела охраны здоровья народных масс. Только в СССР социалистическая экономика и Сталинская забота о человеке обеспечивают подлинный расцвет народного здоровья.

Приятно и радостно знать, за что бились наши люди и как они добились всемирно-исторической победы. Приятно и радостно знать, что кровь, обильно пролитая нашими людьми, не прошла даром, что она дала свои результаты. Это вооружает духовно наш рабочий класс, наше крестьянство, нашу трудовую интеллигенцию. Это двигает вперед и поднимает чувство законной гордости. Это укрепляет веру в свои силы и мобилизует на новую борьбу для завоевания новых побед коммунизма.

И. В. СТАЛИН

Наша родина открывает большие просторы перед учеными и — нужно отдать должное — науку щедро вводят в жизнь в нашей стране. До последней степени щедро.

Что же говорить о положении молодого ученого в нашей стране? Здесь, ведь, все ясно и так. Ему много дается, но с него много и спросится. И для молодежи, как и для нас, — вопрос чести оправдать все большие упования, которые возлагает на науку наша родина.

И. П. ПАВЛОВ

ПУТИ СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Проф. *М. В. Черноруцкий* (Ленинград)

Двадцать лет тому назад Великая Октябрьская революция пробудила к новой жизни народные массы нашей страны и открыла широчайшие возможности и беспредельные просторы для всякой общественно-полезной деятельности. Существенно изменились условия и врачебной деятельности. Больной не как частное лицо, каким он был, а как член организованного советского коллектива громко заявил о своих правах и предъявил свои законные требования. Выросло сознание собственного достоинства и значительно поднялось значение каждого отдельного индивидуума. Забота о человеке, о его здоровье и жизни получила реальное основание для дальнейшего развития.

Советский врач — не просто «лицо свободной профессии», не кустарь-одиночка, он прежде всего член коллектива сознательных и активных строителей новой социалистической жизни, перестраивающих старый мир.

Меняется резко положение самой медицины, открыто признается до того затушеванный классовый ее характер, подчеркивается громадное ее социальное значение, она поставлена на службу трудящимся и получает мощную поддержку со стороны государственной власти — возникает советская медицина.

Молодая советская медицина получает в свои руки от пролетариата испытанное и мощное оружие в виде метода диалектического материализма и с его помощью решительно определяет свой дальнейший путь.

Человек не только биологическое, но и общественное явление. Медицина не только естественно-научная дисциплина, но и социальная наука. В области медицины роль общества имеет большее значение, чем в других областях, и законы общественного развития получают здесь значение ведущей силы. Советская медицина уже с самого начала не могла, конечно, пройти мимо кардинального вопроса всякой деятельности, вопроса о взаимоотношении теории и практики, ибо разрыв между ними в медицинской области чувствовался очень остро. В то время как врачебная практика, т. е. прежде всего лечение больного человека, весьма обширна и разнообразна, и врачи пользуются громадным количеством эмпирических средств и методов лечения, теория медицины резко отстает и не освещает путей практики. Советская медицина идет по правильному пути, и мы уже являемся свидетелями смелой попытки создания единой теории медицины на основе учения о нервной трофике (*Сперанский*). Такая теория, конечно, должна оказать решающее влияние на всю врачебную практику. Но всякая теория, чтобы стать действенной, должна выдержать проверку на практике, проверку опытом.

«Наука потому и называется наукой, — говорит товарищ Сталин, — что она не признает фетишей, не боится поднять руку на отживающее, старое и чутко прислушивается к голосу опыта, практики».

Твердо усвоенное советской медициной положение о значении критерия практики определяет собой ту характерную ее черту, которую можно назвать клиническим подходом к больному или клиническим эмпиризмом. С точки зрения советской медицины больной находится на первом плане, он тщательно и всесторонне изучается и индивидуализируется. У постели больного, в конечном счете, проверяются теоретические взгляды и действительность или недействительность различных методов лечения.

Как же отражаются эти основные черты советской медицины на путях ее терапевтической практики в центральной области — внутренней патологии? Каковы особенности советской клинической терапии?

Нам представляется, что три главные особенности характеризуют нашу терапию: *активность*, *целостность* и *социальность*.

Активность советского врача в деле лечения больных, его стремление активно вмешаться в ход заболевания и повлиять на него в желательном направлении обусловливается, с одной стороны, все возрастающей значимостью человека, жизнь и здоровье которого становятся все более и более ценным капиталом, и, с другой стороны, прогрессирующим накоплением и углублением знаний о патологических процессах, открывающих возможность вмешательства, идущего по линии естественного течения болезни. Конкретно в области фармакотерапии мы видим настойчивое стремление к отысканию, изготовлению и использованию активных средств. Здесь можно упомянуть, например, о синтетических препаратах — плазмоциде и акрихине, которые уже завоевали себе почетное место в деле лечения и профилактики малярии, и о стрептоциде, который показал себя прекрасным средством при стрептококковых заболеваниях и,

особенно, при роже. То обстоятельство, что наша фармацевтическая промышленность, изготовляющая уже сотни всевозможных лекарственных веществ, является государственной, обеспечивает ей безостановочный рост.

Быстро развивается органотерапия. На первом плане здесь нужно поставить хорошо известные эндокринные (гормональные) препараты, обладающие высокой активностью, а затем препараты из других органов, как, например, миоль, гепато- и гастрокрин, оварикрин и др. К этой же группе лекарственных препаратов относятся и лизаты, представляющие собой продукты белкового расщепления различных органов. Производство всех этих органопрепаратов на государственных предприятиях является максимальной гарантией надлежащего качества изготовляемых лекарств.

Весьма широко используются советской медициной всевозможные методы физиотерапии, включая сюда и рентгенотерапию. Очень интересно твердо наметившееся стремление советских физиотерапевтов отказаться от типа современного физиотерапевта-универсала, лечащего больных по любой специальности, и перейти к тому, чтобы каждый специалист был и физиотерапевтом в своей области. Такая реформа физиотерапии, несомненно, еще более повысит эффективность этого терапевтического вмешательства.

Диэтотерапия является одним из наиболее активных методов лечения. Изменяя режим питания, можно влиять на биохимические процессы в организме, на обмен веществ и последовательно на патологические процессы. Раньше диэтотерапия имела значение только подсобного способа лечения, в настоящее же время в практике советской клиники диэтотерапия приобретает характер самодовлеющего метода лечения, даже при таких заболеваниях, как сердечно-сосудистые, ревматические и др. К активной терапии должны быть отнесены также и переливание крови (шоковая терапия) и новокаиновая блокада, о которых будет еще сказано ниже.

Терапевтическая активность советской медицины характеризуется, наконец, и той энергией и настойчивостью, которые проявляются в постоянных поисках все новых и новых, более эффективных методов воздействия на организм. В этом направлении советская медицина не останавливается и перед тем, чтобы отыскать и взять все действительно ценное и из гомеопатии и из народной, в частности восточной, медицины.

Целостность терапии, т. е. направленность ее на весь организм в целом, а не на местный только процесс, поддерживается диалектическим взглядом на организм человека, как на единое целое. Все происходящие в нем явления рассматриваются, как взаимосвязанные и взаимодействующие; патологические процессы связаны с физиологическими. Организм связан с окружающей его биологической и социальной средой.

Громадную роль в развитии и направлении патологических процессов играет общая реактивность организма, его общие конституциональные свойства, особенности его коррелятивной системы и пр. Все углубляющиеся знания об иммунитете, аллергии и нервной трофике показывают, что реакция организма вообще и его патологические реакции в частности являются типовыми, стандартными. Одна и та же типовая реакция, однако, может давать различные по своей выраженности, локализации и характеру проявления в зависимости от целого ряда условий: возраст больного, его конституция, иммунобиологическое состояние, состояние сенсибилизации и степень аллергии, состояние нервной системы и внутренней секреции, влияние окружающей среды и т. д.

Общность реактивных явлений ведет к общности патогенетических механизмов (обменный, аллергический, нервнотрофический и др.), а отсюда логический переход к общим терапевтическим мероприятиям, влияющим на эти механизмы и на реактивность организма вообще. Процесс выздоровления связан с повышением активности организма, с усилением его сопротивляемости, десенсибилизацией, развитием специфического или неспецифического иммунитета и т. д. Ведущим звеном в цепи «здоровье — болезнь — выздоровление» признается макроорганизм. Поэтому большое значение приобретают различные виды так называемой неспецифической, раздражающей терапии, рассчитанной на активирование клетки, на стимулирование организма, на его перестройку.

Первым по времени и широко распространенным методом неспецифического воздействия была протеинотерапия в различных ее видах. Такой же неспецифической терапией, перестраивающей организм и изменяющей почву для развития заболеваний, являются в значительной своей части и указанные выше активные методы лечения, так как активность их главным образом заключается в том, что они производят общие изменения в организме. Сюда относятся в этом смысле: лечебное питание (десенсибилизирующая диэта и др.); физиотерапия, влияющая на организм или по типу протеинотерапии или через нервную трофику; бальнеотерапия и курортотерапия с их могучим и весьма разносторонним воздействием на человека.

В настоящее время наибольшим вниманием пользуются и усиленно разрабатываются методы лизатотерапии, переливания крови и новокаиновая блокада.

Лизатотерапия — лечение продуктами белкового расщепления органов и тканей (*Тушков*). Действие этих продуктов сводится к специфическому или неспецифическому раздражению всего организма или соответствующего органа. В результате — тонизирующее действие, усиление обмена, повышение жизнедеятельности. Лизатотерапия, будучи наиболее активным вариантом органотерапии, стремится воздействовать на саморегуляцию обмена веществ. Показания для применения лизатотерапии очень широкие: это — показания для неспецифической раздражающей терапии вообще. Хотя лизатотерапия имеет уже десятилетнюю давность, однако и теоретические ее основы и практические результаты еще не достаточно ясны. Теоретически наиболее обоснованным представляется применение гидролизата фибрина (*Чукичев*), действующего на организм путем возбуждения симпатической нервной системы (симпатомиметическое действие).

Переливание крови, помимо заместительного значения, имеет и стимулирующее действие. Для усиления последнего применяется главным образом переливание небольших количеств изогруппной или гетерогенной крови. Такого рода переливания являются очень сильным раздражителем кроветворной и ретикуло-эндотелиальной систем и ведут к энергичному повышению иммунобиологических процессов.

Новокаиновая блокада нервной системы (во внутренней медицине главным образом блокада в области околопочечной капсулы) приобрела в свете учения о нервной трофике особое значение и получила широкое распространение как метод перестройки внутринервных отношений — перестройки, влекущей за собой изменения в ходе патологических процессов. Круг терапевтического применения этого метода весьма широк, так как нервный компонент в генезе патологических процессов имеет универсальное значение. Показания к применению блокады еще не уточнены. Результаты применения еще не достаточно выяснены. В этом направлении предстоит еще большая и интересная работа.

Наконец методы лечения, воздействующие на весь организм в целом, завершаются психотерапией. Психике, нервнопсихическому фактору в патогенезе многих болезненных состояний принадлежит, несомненно, громадное место. Установлено, что на образование, развитие и течение патологических процессов не только психоневротического, но и узко соматического характера оказывает влияние сама личность больного, которая и должна служить объектом психотерапии.

Роль и значение психогенных моментов в патологии тщательно изучаются. Настойчиво разрабатываются специальные методы психотерапии, но общему психотерапевтическому и психопрофилактическому подходу к больному еще далеко не уделяется должного внимания. Отсюда частота травмирования психики больных и ятрогенные заболевания. Отсюда недостаточная во многих случаях эффективность лечения. Отсюда же часто большой успех представителей разного вида знахарства или неофициальной медицины, сознательно или бессознательно использующих психотерапевтический эффект лечения.

В настоящее время психическое воздействие врача на больного происходит большей частью стихийно и притом не всегда с пользой для больного, а между тем, учитывая все значение психического фактора в лечении болезней и осуществляя требования заботы о человеке, необходимо подойти к решению важнейшей задачи сознательного и планового психотерапевтического воздействия на больных. Нужно добиваться такого положения, при котором каждый врач был бы в достаточной степени и психотерапевтом.

Социальность терапии представляет наиболее характерную и бесспорную черту советской медицины. Если по линии активности и целостности терапии мы идем в ногу с мировой медициной, то изучение болезни как социального явления и вытекающие отсюда социальные меры борьбы с заболеваниями в сколько-нибудь широком масштабе возможны только при советском строе, только в рамках социалистического государства, где между интересами индивидуума и интересами общества нет никакого противоречия, где забота о человеке становится правилом поведения.

Советская лечебная медицина находится в живой и непосредственной связи с профилактической медициной и со всей системой здравоохранения. Поэтому имеется возможность в любом случае для любого больного использовать, где это необходимо, все богатство и разнообразие социально-лечебных и специально-профилактических мероприятий. Поэтому же все оправдавшие себя на практике методы лечения, как, например, физиотерапия, диэтотерапия, органотерапия, переливание крови, бальнеотерапия, курортотерапия и др., интенсивно разрабатываются в специальных научных институтах и широко вводятся в практику советского здравоохранения.

Система здравоохранения, в свою очередь, является интегральной частью советской государственной системы. Поэтому мероприятия по охране здоровья и по борьбе с болезнями тесно переплетаются с другими государственными мерами и часто выходят далеко за рамки системы здравоохранения и приобретают громадный размах. Сюда относятся, если перечислить только важнейшие мероприятия: охрана материнства, младенчества и детства, физическая культура, неотложная, поликлиническая, квартирная помощь, многочисленные и разнообразные стационары, дома отдыха, диэтические столовые, санатории разных типов (общие, дневные, ночные), курорты, профилактические отпуска, перевод на другую работу, на инвалидность, социальное страхование, рациональная организация труда и отдыха, жилищное и коммунальное строительство, организация общественного питания, всеобщее образование, повышение общего культурного уровня населения — все это направляется к одной цели — к поднятию сил, к восстановлению и поддержанию здоровья, к сохранению и продлению жизни человека.

Борьба с заболеваниями в социалистическом государстве ведется широко развернутым и глубоким фронтом (оздоровление внешней среды, перестройка социальных отношений, переделка людей). При этих условиях совершенно понятен наш терапевтический оптимизм, непоколебимая наша уверенность в конечной победе и на этом фронте.

...старый лозунг об овладении техникой необходимо теперь дополнить новым лозунгом об овладении большевизмом, о политическом воспитании кадров и ликвидации нашей политической беспечности.

И. В. СТАЛИН

УСПЕХИ СОВЕТСКОЙ ХИРУРГИИ ЗА ДВАДЦАТЬ ЛЕТ

Проф. *В. А. Шаак*

Если оглянуться назад и окинуть взглядом двадцатилетний период работы советских хирургов, то следует признать, что успехами и достижениями в области хирургии мы обязаны дружной работе мощного коллектива всех хирургов нашего необъятного Союза.

Работа этой наиболее активной медицинской специальности, требовавшая исключительного напряжения в период гражданской войны, после победоносной Октябрьской революции, находилась всегда, как всякая научно-практическая деятельность в нашей стране, под особым покровительством партии и правительства.

Следует отметить, что первые годы работы советских хирургов проходили в крайне тяжелых условиях гражданской войны, интервенции и блокады. Инструментария и аппаратуры нехватало, старые запасы изнашивались, перевязочного материала было недостаточно. Приходилось оперировать в холодных операционных. Эфир и хлороформ для наркоза были плохого качества, средства для местного обезболивания зачастую совсем отсутствовали. Империалистическая и гражданская войны оставили после себя массу искалеченных людей, эпидемии сыпного и возвратного тифов давали тяжелые хирургические осложнения. Все это требовало энергичной работы хирургов во время первого трудного периода существования советской хирургии.

Итоги этому периоду были подведены на первом после Революции съезде хирургов (XV съезд), созванном в 1922 г. в Ленинграде, по инициативе *Грекова*, президиумом Хирургического общества Пирогова. Наплыв хирургов со всего Союза был огромный. Было заслушано около 150 докладов. Одним из программных вопросов был выдвинут актуальный вопрос о язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Собранные материалы показали, что за период разрухи заболеваемость язвой желудка значительно участилась. Остро был поставлен вопрос о лечении язвы желудка. Уже тогда *Федоров* высказался в пользу более радикальной резекции желудка при язве его. *Греков*, *Оппель*, *Гальперн*, *Шаак* и др. занимали более умеренную позицию и оставались в большинстве случаев верны гастроэнтеростомии. На этом же съезде в работе *Грекова* и докладе *Шаака* был отмечен отрадный факт, что тяжелое прошлое осталось позади и начинается бодрая работа восстановительного периода, касающегося и хирургии.

К этому же времени и литературная блокада была прорвана, возобновилось научное общение с Западом, появилась иностранная научная литература, в том числе и хирургические журналы. Мы с гордостью могли отметить, что советские хирурги не отстали от Запада, но стали на путь самостоятельной творческой работы. В этом нужно усмотреть первый и существенный успех советской хирургии.

В это же время, в восстановительный период, начали разрабатываться новые вопросы в хирургии, незнакомые Западу, являющиеся особенностью советской хирургии и вызванные задачами социалистического строительства. Это — вопросы социальной хирургии. В Ленинграде, в Москве и в других центрах Союза создаются институты социальных и профессиональных заболеваний. Особое внимание уделяется вопросам травматизма. Эти вопросы имеют и сугубо оборонное значение. Одновременно с травматизмом изучается неотложная хирургия и оказание первой помощи. Ведется планомерная борьба с травматизмом, разрабатываются меры профилактики. Вся эта важнейшая хирургическая работа сосредоточивается в крупных государственных травматологических институтах, созданных только после Октябрьской революции. Такой институт создан в Москве — Институт им. Склифосовского — во главе с *Юдиным* и *Гориневской;* последней написано прекрасное руководство — «Основы травматологии». Крупный травматологический институт создан в Ленинграде; он носит имя блестящего хирурга и ортопеда — Вредена. Научным руководителем его состоит *Гирголав*. Институтом издан ряд сборников и трудов по вопросам травматизма и издается весьма ценная полная библиография по травматологии. Травматологические институты созданы также в других центрах нашего Союза — в Свердловске (*Чаклин*), в Харькове (*Ситенко*), в Киеве, в Казани.

Глубоко неправильны были выводы некоторых авторов, будто индустриализация страны обусловливает увеличение травматизма. Статистические данные, приводимые в работах всех этих институтов, показывают, что травматизм у нас неуклонно снижается.

Травматологией у нас, в Союзе, занимаются не только в крупных научно-исследовательских институтах; в большинстве хирургических клиник и хирургических отделений больниц выделяются палаты с особой аппаратурой, главным образом для лечения переломов; устраиваются травматологические пункты с круглосуточным дежурством квалифицированных хирургов-травматологов.

В некоторых городах имеются еще особые институты скорой помощи и неотложной хирургии, сыгравшие уже крупную роль в деле оказания квалифицированной хирургической помощи. В Ленинграде научным руководителем Института скорой помощи состоит *Джанелидзе*, известный своими работами по хирургии сердца. На конференции этого института, посвященной вопросу об остром аппендиците, выяснилось, насколько еще может быть снижена смертность от этого заболевания при своевременной и квалифицированной оперативной помощи.

Одним из крупных достижений советской хирургии являются успехи в области борьбы с злокачественными новообразованиями. В крупнейших центрах Союза основаны онкологические институты, в которых работают известные специалисты по борьбе против рака. Онкологическим институтом в Ленинграде руководит заслуженный деятель науки *Петров*, снискавший себе громкую известность не только у нас в Союзе, но и во всем мире. Изучение рака и борьба с ним в Ленинграде успешно проводятся также в Государственном рентгенологическом и раковом институте, основанном в первом году существо-

вания советской власти, и в раковой лаборатории этого института.

Онкологические институты существуют также в Москве *(Герцен, Брускин)*, в Харькове *(Лившиц, Мельников)*, в Одессе, в Свердловске.

Отрадно отметить, что борьба с злокачественными новообразованиями ведется хирургами не только в крупных институтах, но и в онкологических пунктах, имеющихся теперь при многочисленных поликлиниках. Главная задача этих пунктов — выловить ранние стадии рака, когда хирургическая помощь наиболее эффективна и радикальна.

Общепризнаны и успехи советской хирургии в вопросе переливания крови. Если лет двадцать назад переливание крови считалось еще довольно опасным мероприятием и применялось лишь изредка и в отдельных клиниках, то теперь, за советский период хирургии, переливание крови стало мощным, общераспространенным методом, применяемым в ежедневной хирургической практике по всему нашему Союзу. Особую роль в распространении метода переливания крови среди широких масс хирургов и в усовершенствовании способов переливания крови сыграли созданные в последние годы научно-исследовательские институты по переливанию крови. Ленинградским институтом предложен способ успешной борьбы с гемолитическим шоком, состоящий в немедленном переливании крови совместимой одноименной группы. В Московском центральном институте переливания крови (*Спасокукоцкий, Кончаловский, Багдасаров* и др.) в последнее время особенно успешно разрабатывались методы консервирования крови. Достижением советских хирургов является также разработка метода переливания трупной крови (*Шамов, Юдин, Сакаян* и др.).

В области нейрохирургии, которая стала развиваться в нашей стране только при советской власти, мы должны отметить ряд крупных успехов. Мировую известность заслужил *Бурденко*, как выдающийся хирург, оперирующий на центральной и периферической нервной системе. В этой же области многого достиг *Коленов*.

За последние годы выдвинулась и советская стоматология работами *Лимберга* и *Львова*. Первый известен также как прекрасный специалист по пластическим операциям при разнообразных деформациях лица.

В области распространения среди массы хирургов безопасных методов местного обезболивания имеются также немалые достижения. *Шаак* и его клиника разрабатывали и пропагандировали простые способы местного обезболивания и доказали, что громадное большинство операций — до 80% и более — могут с успехом проводиться под местной анестезией. В настоящее время польза широкого применения местного обезболивания в ежедневной хирургической практике уже никем не оспаривается. *Вишневский* и его школа разработали оригинальный метод местного обезболивания, названный методом «ползучего новокаинового инфильтрата». Особенное значение эта методика имеет при больших операциях на желудке и на желчных путях. Затем, в связи с концепцией *Сперанского*, «новокаиновый блок» по Вишневскому применяется в настоящее время при лечении самых разнообразных заболеваний, правда — пока с переменным успехом.

В области учения о заживлении ран и регенерации тканей известны работы *Гирголава* и его школы. Обращают на себя внимание его новые исследования об обморожении.

Для дезинфекции рук *Спасокукоцкий* предложил употреблять ½% раствор аммиака. Способ действителен, дешев, прост и очень щадит руки хирурга, так как нашатырный спирт делает кожу мягкой.

Вошли в практику новые антисептические средства — динамические препараты серебра (*Моисеев*), аммиачные растворы серебра (*Ермолаев*). В самые последние годы появились хлорацид (*Шауфлер*) и бактерицид *Збарского*.

В связи с особым вниманием, оказываемым советской властью вопросам педиатрии, и с основанием педиатрических факультетов и Педиатрического института в Ленинграде из общей хирургии стала выделяться хирургия детского возраста. В этой области работают *Шаак*, занявший первую кафедру по хирургии детского возраста, *Шварц*, написавший первое русское руководство по этой специальности, и, в особенности, *Краснобаев*, один из виднейших хирургов Союза.

Целый ряд других достижений советской хирургии связан с работами многих крупных хирургов нашего Союза. Многих из них, к сожалению, уже нет среди нас. Как раз последние несколько лет были в этом отношении особенно тяжелыми: Ленинград и Москва на протяжении короткого времени потеряли ряд крупнейших хирургов, которые в течение десятилетий являлись признанными вождями хирургии и учителями многих современных хирургов, занимающих кафедры по всему Союзу.

Первым по праву здесь должен быть назван *С. П. Федоров*, крупнейший хирург-клиницист и блестящий профессор. Федоров создал наиболее крупную русскую хирургическую школу. Многочисленные его ученики и уже ученики его учеников занимают с честью хирургические кафедры. Федоров обладал громадным опытом буквально во всех областях клинической хирургии, но наиболее яркий след он оставил главным образом в двух — в хирургии почек и в хирургии желчных путей. По обоим вопросам им оставлены исчерпывающие монографии.

В. А. Оппель — наиболее темпераментный из советских хирургов; главная его заслуга заключается в создании нового, эндокринологического направления в изучении хирургических заболеваний.

И. И. Греков — представитель обуховской школы хирургов, больничный хирург с огромной эрудицией и громадным опытом, излюбленный консультант и популярнейший врач Ленинграда. Его заслуги перед советской хирургией в восстановительный период уже подчеркивались.

Р. Р. Вреден — крупный хирург вообще и выдающийся хирург-ортопед, с именем которого связан целый ряд оперативных вмешательств на костях и суставах.

А. В. Мартынов принадлежал к числу признанных вождей советских хирургов. Как хирург-клиницист он известен своими работами по хирургии желчных путей и по хирургии щитовидной железы.

В. Н. Розанов был известен как крупный больничный хирург и как общественный деятель. На его именно долю выпала высокая честь лечить В. И. Ленина.

Из провинциальных хирургов, немало содействовавших успехам советской хирургии, следует в первую

очередь упомянуть *В. И. Разумовского*. Он был Нестором русских хирургов и дожил до 78 лет, продолжая до конца научно работать и писать. Разумовский известен как создатель двух хирургических школ — сначала в дореволюционное время в Казани, а затем в течение десятилетий в Саратове, где его кафедру занял *Мироторцев*.

В этом кратком очерке мы не ставили себе задачи перечислить всех хирургов, способствовавших успехам советской хирургии: нет такой области хирургии, которая не была бы представлена выдающимися специалистами Москвы, Ленинграда и многочисленных других пунктов СССР.

Из группы ленинградских хирургов особого внимания заслуживает деятельность маститого *Турнера*, главным образом в области ортопедии, и *Шевкуненко* — создателя типовой и возрастной анатомии человека.

Из московских хирургов, кроме уже упоминавшихся, должны быть еще особо отмечены *Герцен*, чье имя носит известная операция искусственного пищевода, *Левит*, известный своими работами по хирургии желудка и пищевода, и *Юдин*, работающий в области неотложной хирургии, непревзойденный техник в области хирургии желудка.

Из работающих в различных периферических центрах СССР должны быть отмечены: *Гальперн* — в Днепропетровске, известный, кроме своей крупной редакторской деятельности, также работами по хирургии желудка; *Богораз* (Ростов н/Д.), известный своими работами по хирургии сосудов и рядом пластических операций; *Шамов* (Харьков), известный своими работами по переливанию крови; *Крымов* (Киев), автор монографии о грыжах; *Мыш* (Новосибирск), *Опокин* (Томск) и многие другие. Большую активность в последнее время проявляют грузинские хирурги, среди них особенно *Мухадзе*, прекрасно организовавший в 1935 г. II съезд закавказских хирургов и являющийся одним из основателей Тбилисского медицинского института, организованного при советской власти.

Этот персональный перечень советских хирургов, и так далеко не полный, нельзя закончить, не назвав имени *Волкова* из Ядрина, в Чувашской республике. Своими методологическими работами, своими яркими выступлениями на всесоюзных съездах *Волков*, работая в провинции, приобрел заслуженную широкую известность.

Перед нами целая армия крупных хирургов; все они изо дня в день работают по своей специальности, учат молодежь, выращивают кадры и сами совершенствуются, пользуясь теми богатыми возможностями, которыми располагает наша страна.

Мы не можем, однако, закончить настоящий очерк, не сказав хотя несколько слов о нашей советской хирургической прессе и о наших хирургических изданиях, в которых фиксируются, как в зеркале, достижения нашей хирургии.

Первым послереволюционным хирургическим журналом появляется в 1921 г. «Новый хирургический архив». Он возникает в скромной, провинциальной Твери, теперь Калинине, благодаря неутомимой энергии своего основателя и бессменного руководителя *Гальперна*. Являясь одним из лучших и самых распространенных наших хирургических журналов, «Архив», кроме работ клинической хирургии, широко предоставляет свои страницы работам с периферии.

В 1922 г. в Ленинграде *Грековым* основывается и им же редактируется «Вестник хирургии и пограничных областей». С 1934 г. этот журнал переименовывается в «Вестник хирургии им. Грекова». Недавно, в 1937 г., вышел юбилейный, пятидесятый том этого также распространенного и в последнее время расширенного, журнала.

В Москве в 1925 г. стала выходить «Новая хирургия» под редакцией *Голяницкого*. Журнал обращает особенное внимание на вопросы социальной хирургии и в этом отношении дал много ценных работ.

Почти одновременно был основан второй журнал типа «Архива» — под названием «Журнал современной хирургии». Оба журнала просуществовали до 1931 г., после чего они были слиты в один общий журнал — «Советская хирургия» под редакцией *Левита*. В настоящее время журнал выходит под названием «Хирургия».

Большим достижением советского периода хирургии нужно считать появление целого ряда оригинальных руководств и учебников как по общей, так и по частной хирургии. Если раньше наш студент и врач должны были пользоваться почти исключительно переводными изданиями, то теперь мы имеем ряд хороших учебников, не уступающих лучшим западным образцам.

За двадцать лет своего существования советская хирургия отмечает совершенно определенные крупные достижения как в практической, так и в теоретической области. Эти достижения стали возможны благодаря исключительному вниманию и заботам, уделяемым медицинским работникам партией и правительством и в особенности лично товарищем Сталиным. И если не все еще достигнуто, что возможно в наших условиях, то во всяком случае неопровержимо, что советские хирурги по всему нашему необъятному Союзу неустанно и самоотверженно работают на чрезвычайно ответственном фронте медицины, который в любой момент может стать одним из наиважнейших.

Советские хирурги к двадцатой годовщине Великого Октября с полной ответственностью могут обещать, что они всегда помнят оборонное значение своей работы и в нужный момент встанут на защиту своей социалистической родины.

СОВЕТСКАЯ ПЕДИАТРИЯ ЗА ДВАДЦАТЬ ЛЕТ

Заслуж. деят. науки проф. *М. С. Маслов*

Не будет преувеличением сказать, что для педиатрии эпоха максимального расцвета и подъема наступила только при советской власти.

До Октябрьской революции русская педиатрия имела очень скромный удельный вес. За 80 лет существования в России педиатрии как самостоятельной специальности царским правительством и частной благотворительностью было открыто очень немного детских больниц с общим количеством коек около 3500, главным образом в столицах (Петербурге и Москве). Не при всех медицинских факультетах существовали кафедры педиатрии и детские клиники. Дореволюционная педиатрия находилась под несомненным влиянием немецкой педиатрии, и внедрение на русскую почву достижений школ Гейбнера, Черни, Финкельштейна, Лангштейна, Пирке в области диэтетики и лечения и было ее главнейшей задачей. Студенчество и врачи учились главным образом по переводным немецким руководствам. Особняком стоят только такие фигуры, как *Раухфус, Филатов, Гундобин*, которые шли своим самобытным путем и поддерживали удельный вес русской педиатрии. Для западноевропейской педиатрии конец XIX и начало XX веков являются временем известного роста; после империалистической войны отмечается несомненный застой и, в отдельных областях, упадок.

Мощное развитие нашей дисциплины начинается только после Октябрьской революции. Забота о ребенке в нашей советской стране начинается задолго до его рождения. С этой целью у нас создается масса домов отдыха для беременных, родильных домов, консультаций для матерей. Государство специальными декретами обеспечивает женщинам право на отдых до и после родов, облегченные условия труда на производстве, государственное пособие при многодетности и пр. в исключительно широких масштабах, о которых другие страны могут только мечтать.

Дети начиная с грудного и кончая подростковым возрастом широко охвачены у нас профилактической и лечебной помощью. В крупных центрах дети грудного возраста охвачены диспансерным наблюдением в консультациях на 95%, дети школьного возраста — на 100%. Стройная система охраны материнства, младенчества и детства в виде сети консультаций для грудных детей, молочных кухонь, яслей (городских и сельских), очагов, детских профилактических амбулаторий, специальных оздоровительных площадок, лагерей, санаториев создает у нас в Союзе все необходимые условия для выращивания крепкого, здорового, счастливого детского населения. О размахе нашего строительства в области охраны детства свидетельствуют цифры стремительного роста сети детских профилактических учреждений. В 1914 г. на всю Россию имелось всего 9 консультаций для детей. По СССР в 1931 г. имелось уже 2475 консультаций с пропускной способностью в 16 547 000 посещений, а в 1936 г. — 3945 консультаций с пропускной способностью в 34 132 000 посещений. Если прежде все консультации были сосредоточены только в крупных городах, то сейчас они равномерно распределены по всему Союзу (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1

Распределение консультаций для детей[1]

	В городах			В селах		
	1914 г.	1931 г.	1936 г.	1914 г.	1931 г.	1936 г.
По РСФСР . . .	6	855	1 595	—	554	650
„ УССР	3	295	334	—	245	414
„ БССР	—	83	76	—	17	36
„ Азербайджанской ССР . .	—	73	44	—	—	19
„ Грузинской ССР	—		76	—	16	37
„ Армянской ССР	—		16	—	—	7
„ Узбекской ССР	—	52	63	—	41	97
„ Туркменской ССР	—	Нет свед.	30	—	Нет свед.	9
„ Таджикской ССР	—	8	10	—	9	27
„ Казахской ССР	—	Нет свед.[2]	39	—	Нет свед.[2]	22
„ Киргизской ССР	—	„	11	—	„	7

Ясельное обслуживание детей в дореволюционной России еле намечалось. В настоящее время оно достигло небывалого размаха. По СССР на 1936 г. мы имеем 163 548 яслей, из них 5789 в городах и 157 399 в селах, остальные на железнодорожном транспорте.

ТАБЛИЦА 2

Число мест в яслях всех ведомств (в тысячах)

Годы	Всего	В городах	В селах
1914	11,15	0,55	10,6
1918	25,2	2,1	23,1
1929	257,0	52,4	204,6
1933	4529,3[3]	262,7	4 255,5
1936	4744,6[3]	275,8	4 470,8

[1] В эту таблицу не включены данные по железнодорожному транспорту.

[2] Данные по Казахской ССР и по Киргизской ССР за 1931 г. включены в данные по РСФСР.

[3] Включая и данные по железнодорожному транспорту.

ТАБЛИЦА 3

Число мест в яслях по республикам в 1936 г.

Наименование республик	В городах	В селах
По РСФСР	189 168	2 818 881
„ УССР	46 218	1 144 848
„ БССР	10 307	182 861
„ другим республикам	30 107	304 210

Домов матери и ребенка к 1936 г. у нас по СССР имелось 332 в городах, с числом коек для детей в 22 220, и 61 в селах — с 2576 койками.

Детских лечебно-профилактических амбулаторий и пунктов охраны здоровья детей и подростков в дореволюционное время вовсе не существовало. На 1 января 1936 г. у нас имелось в городах учреждений, ведущих специализированный прием детей, — 1629 (в том числе лечебно-профилактических амбулаторий 383, пунктов охраны здоровья детей и подростков — 324, детских секторов в поликлиниках — 922) с числом врачебных посещений за год — 23 381 000. В сельских местностях — 84 учреждения охраны здоровья детей и подростков с числом посещений — 375 200.

Круглосуточных санаториев для детей на 1935 г. по СССР имелось всего 465 с общим числом 45 409 коек; ими были обслужены 164 534 ребенка.

Детский коечный фонд для больных детей также резко возрос. Сейчас по СССР имеется уже свыше 40 000 коек для детей. Это значительный прогресс, но и этого фонда еще недостаточно для планомерного охвата всех больных детей, и с каждым годом сеть детских больниц растет и качественно улучшается. В 1937 г. запроектировано 7660 новых детских больничных коек.

Для подготовки специалистов-педиатров в настоящее время в Союзе имеются специальные педиатрические факультеты при 14 медицинских институтах и специальный Ленинградский педиатрический институт. Кроме того педиатрия, конечно, преподается и на общих лечебных факультетах всех 45 медицинских институтов. Для развития нашей специальности и повышения квалификации врачей-педиатров в настоящее время по Союзу имеется 21 научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества и 5 институтов охраны здоровья детей и подростков.

Произошла дифференциация педиатрии на пропедевтику детских болезней, клинику раннего детского возраста, клинику старшего детства, острые детские инфекции, школьную гигиену, охрану материнства и младенчества, детскую психоневрологию. На изучение педиатрических дисциплин отводится свыше 500 часов.

Рост педиатрических кадров, детских профилактических, клинических и научно-исследовательских учреждений обусловил мощный рост научной продукции. К 1917 г. педиатрия не имела своего специального журнала. В настоящее время мы имеем два педиатрических журнала («Советская педиатрия» и «Вопросы педиатрии и охраны материнства и детства») и два журнала по охране материнства и младенчества. Много статей по вопросам педиатрии помещается и в общей медицинской прессе. Появился ряд оригинальных советских руководств по педиатрии: 1) «Основы учения о ребенке» *Маслова*, в двух томах, 2) «Краткий учебник по детским болезням» — его же, 3) «Учебник болезней грудного возраста» под редакцией *Г. Сперанского*, 4) «Учебник по острым инфекциям» *Колтыпина*, 5) «Пропедевтика детских болезней» под ред. *Молчанова*, 6) «Учебник по физиологии и диэтетике» *Лунца*, 7) «Учебник по психоневрологии» *Симсона, Модель, Гальперина*, 8) «Руководство по физиологии и патологии детей» под ред. *Медовикова* и *Шаферштейна* (на украинском языке). Подготовляется к печати крупное четырехтомное справочное руководство с участием ряда виднейших педиатров Союза.

Благодаря наличию советских руководств наши учащиеся освободились от необходимости учиться по далеко нас не удовлетворяющим переводным немецким учебникам. До 1917 г. монографии по педиатрии у нас насчитывались единицами, в настоящее время мы имеем уже серию монографий по самым разнообразным вопросам (свыше 50 названий). Можно отметить также появление ряда тематических сборников и трудов институтов.

В чем особенности советской педиатрии и каковы ее достижения?

Широкий и планомерный охват профилактической и лечебной помощью детей всех возрастов за счет государства выгодно отличает нашу советскую систему охраны здоровья детей от буржуазной системы, основанной по преимуществу на началах благотворительности и ограничивающейся ничтожным охватом детей. Второй существенной особенностью советской системы является мощное развитие общественного питания детей. Диэтетика раннего возраста у нас в Союзе достигла значительного развития благодаря громадному развитию сети молочных кухонь, пищевых станций, систематическому наблюдению за грудным вскармливанием, широкому внедрению в практику витаминов, высококалорийных концентрированных и подкисленных смесей.

Каждый больной ребенок у нас пользуется правом бесплатного обслуживания его квалифицированной помощью на дому и в детских больничных учреждениях. Система внебольничного обслуживания, так называемой квартирной помощи, растет и совершенствуется с каждым годом благодаря широкому использованию высококвалифицированных специалистов и вспомогательных учреждений (лаборатории, рентгеновские кабинеты, физиотерапевтические отделения и т. д.).

Вместе с мощным развитием педиатрических факультетов и научно-исследовательских институтов изменилось у нас и общее направление научно-исследовательских работ. Вместо изолированной работы отдельных кафедр и специалистов мы наблюдаем переход на плановую работу, объединенную единым руководством, и тематику, одновременно разрабатываемую в нескольких местах. В работу по изучению ребенка, особенностей его анатомии, физиологии и патологии, включились теоретики (анатомы, физиологи, бактериологи) и клиницисты (хирурги, отоларингологи, офтальмологи, невропатологи, дерматологи), в силу чего разработка всего учения о ребенке получила разносторонний и более углубленный охват.

Очень значительны заслуги нашей советской педиатрии в деле изучения детского организма и его

анатомо-физиологических особенностей. Массовый охват профилактическими учреждениями детей всех возрастов дал громадный материал по вопросам детской соматометрии (работы *Штефко, Серебрийского, Николаева, Чулицкой, Мочана* и мн. др.). Ценные исследования по анатомическим и гистологическим структурным особенностям детского возраста дали нам новые установки относительно внутренней архитектоники и динамики развития органов, а также ключ к новому пониманию патологических процессов (работы *Штефко, Минкина, Валькера* и их сотрудников). В этих вопросах несомненна ведущая роль советской педиатрии.

Много ценного внесено за последние 10—15 лет в дело изучения физиологии пищеварения, обмена веществ и диэтетики раннего детского возраста. Изучение возрастных особенностей состава желудочного и дуоденального сока, ферментативного аппарата крови (работы школы *Маслова, Тура* и др.), особенностей азотистого и минерального обмена (работы *Молчановой, Петрунькина, Мочана*, школы *Сперанского, Белоусова* и др.) позволило подвести новую базу для диэтетики. У нас в Союзе разработана своя система питания, широко внедрено в практику применение витаминов и полноценного питания.

По вопросам диэтетики раннего возраста выпущена большая литература в виде статей, справочников и инструкций. Большая заслуга в этом вопросе принадлежит Московскому, Ленинградскому и Харьковскому институтам охраны материнства и младенчества.

Важнейшие проблемы — об аномалиях конституции и вегетативном тонусе — подвергнуты всестороннему углубленному изучению советскими педиатрами (работы школы *Маслова, Медовикова, Молчанова, Колтыпина* и др.).

Большое внимание уделено изучению расстройств пищеварения и питания и борьбе с летними поносами. Большие систематические работы Московского центрального и Областного Ленинградского, Харьковского, Киевского и других институтов охраны материнства и младенчества дали нам ценные данные о бактериальной флоре и об особенностях обмена веществ при этих состояниях и позволили более детально уяснить патогенез и разработать диэтотерапию простых субтоксических и токсических диспепсий, колитов, гипотрепсий и атрепсий.

В результате проделанной работы мы имеем практические достижения в виде снижения летальности от субтоксической диспепсии с 26—33 до 10—15%, от колитов — с 35 до 18—20%, от гипотрепсии — с 30 до 11,5%, от атрепсии — с 50 до 23% и т. д.

Советским педиатрам принадлежит разработка вопроса о возрастных и реактивных особенностях кроветворения (работы *Тура, Соколовой-Пономаревой, Говоровой, Шагана* и др.), а также новых методов лечения.

Значительный интерес проявлен к патологии сердца вообще и к ревматическому его поражению в частности. На большом материале был подвергнут изучению вопрос о частоте ревматических заболеваний, частоте функциональных шумов, клинике и прогнозе при эндокардитах и перикардитах, рентгенологических и электрокардиографических методах исследования.

Патология дыхательных путей вообще и бронхопневмоний в особенности играет исключительно большую роль в раннем детстве. Работы советских педиатров (клиники *Молчанова, Маслова, Медовикова, Кроль-Кливанской* и др.) выявили значение типов пневмококков, особенности интермедиарного обмена, состава крови, состояния вегетативной нервной системы. Хорошо освещен вопрос об интерлобарных плевритах у детей (*Рейнберг, Волчок, Николаев* и др.).

В области патологии почек и лоханок следует отметить планомерную разработку вопросов биохимизма крови и особенностей обмена веществ при нефропатиях и пиуриях (работы сотрудников *Маслова* из Ленинградского института охраны материнства и младенчества).

В области детской психоневрологии *Красногорский* с сотрудниками, пользуясь методом условных рефлексов, дал ценный материал для создания физиологии центральной нервной системы детей и открыл новые возможности понимания патогенеза нервных заболеваний.

Усиленной разработке подвергнут советскими педиатрами (*Лесновым, Фришманом, Колтыпиным* и др.) вопрос о детском цереброспинальном менингите, обработан большой статистический материал, изучен симптомокомплекс менингококкцемии, эпендимита, даны новые возможности понимания патогенеза болезни.

СССР явился пионером в деле создания специальных нервных детских отделений (*Иогихес*) и детских психиатрических клиник (*Симсон*).

В области детского туберкулеза мы имеем хорошо развитую сеть специальных детских отделений туберкулезных диспансеров и противотуберкулезных учреждений. Правильно поставленная система массового диспансерного наблюдения за туберкулезным ребенком, хорошо разработанная клиника проявлений туберкулеза, успешно проводимая кальметизация уже сейчас дают нам снижение заражаемости туберкулезом у детей (работы *Киселя, Медовикова, Цимблера, Маркузона, Яхниса* и др.).

Большое внимание уделяется за последние годы вопросам малярии у детей (работы *Киселя, Николаева, Осиновского* и др.).

Значительные достижения имеются в деле борьбы с врожденным сифилисом (работы *Райц, Эрлиха* и др.).

Постановка дела борьбы с острыми детскими инфекциями у нас в Союзе отличается плановостью и массовостью охвата детей. Разработанная *Данилевичем* система борьбы с внутрибольничными заражениями, основанная на точной диагностике, эпидемиологическом учете, широком использовании методов специфической профилактики и умелом маневрировании больничными помещениями и койками, дает хорошие результаты и снижает их число до 0,25—1,0%.

Массовая активная иммунизация детей против дифтерии дает хорошие результаты. Для характеристики охвата детей можно указать, например, что в 1931—1933 гг. по Ленинграду прививкой было охвачено свыше 200 000 детей.

Иммунизация против кори при помощи человеческой сыворотки получила у нас в Союзе широкое и планомерное развитие. Достаточно указать, что в одном Ленинграде на пяти пунктах было заготовлено 648 л противокоревой сыворотки. За этот год была сделана 6781 прививка. Не меньшее распространение получили прививки в Москве и на Украине. Результаты умелого применения сыворотки надо признать

удовлетворительными. В настоящее время идет разработка новых методов профилактики кори.

У нас в Союзе был сделан опыт массовой иммунизации против скарлатины токсином Дика. Так, в одной Москве в 1930 г. было проиммунизировано свыше 80 000 детей. Практические результаты, к сожалению, не вполне нас удовлетворяют.

В области специфической профилактики коклюша и так называемых малых инфекций в настоящее время делаются попытки пассивной (кровью) и активной (вакциной) иммунизации, но практического значения они пока не получили.

В области лечения острых инфекций у нас сделано немало. Правильное применение специфической терапии (при дифтерии), активных лечебных сывороток (при скарлатине), выработка методов профилактики осложнений значительно снизили процент летальности в хорошо поставленных детских инфекционных больницах.

Оглядываясь на пройденный советской педиатрией за двадцать лет путь, можно с удовлетворением отметить, что она не только освободилась от некогда безраздельного влияния буржуазной западно-европейской медицины, но, по ряду отделов, является уже ведущей. Возник и развился ряд крупных научно-исследовательских центров, плодотворно работающих в определенных направлениях. Так, в Москве можно отметить Центральный научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества (клиники *Г. Н. Сперанского, Лунц, Доброхотовой, Райц*, лаборатории *Н. М. Николаева* и др.), детские клиники Первого Московского медицинского института, возглавляемые *А. А. Киселем, Колтыпиным, Осиновским, Молчановым*, Областной институт охраны материнства и младенчества (проф. *А. Соколов*).

В Ленинграде можно отметить Институт охраны материнства и младенчества (ныне Педиатрический) с клиниками *Маслова, Медовикова, А. Ф. Тура, Даниловича*, кафедрами *Менделевой, Валькера, Шаака* и др.; Институт охраны здоровья детей и подростков, детские клиники Военно-медицинской академии, Первого Ленинградского медицинского института *(Красногорский)*, Второго Ленинградского медицинского института *(Мочан)*. В Харькове и Киеве научная педиатрическая работа сосредоточивается также вокруг институтов охраны материнства и младенчества *(Шаферштейн, Лазарев, Хохол)* и в детских клиниках медицинских институтов *(Фришман* и *Финкельштейн)*. Из других более или менее крупных очагов педиатрической мысли можно отметить Минск (*Леонов*), Казань (*Меньшиков* и *Лепский*), Одессу (*Скроцкий*), Тбилиси *(Угрелидзе)*, Томск *(Неболюбов)*, Ташкент (*Гершенович*), Саратов *(Сурат)*, Пермь *(Ничугин)*. Но и все остальные кафедры педиатрии и научно-исследовательские институты принимают участие в разработке научных вопросов. Мало того, в настоящее время почти все крупные детские больницы втянуты в научную деятельность и выпускают солидные труды и ценные работы.

Работа в области педиатрии и детского здравоохранения уже и сейчас дает большое удовлетворение. Мы имеем и по всему СССР и по отдельным городам значительное снижение детской смертности. Но вместе с тем нельзя не отметить, что мы, педиатры, еще далеко не использовали всех возможностей, которые дает нам наше государство и советская общественность, что мы еще не добились решающих успехов на ряде участков, что мы еще не идем в ногу с бурно растущим социалистическим строительством.

Не подлежит никакому сомнению, что в ближайшем будущем нам предстоят еще более сложные и ответственные задачи. Мы должны включиться более активно в борьбу за увеличение детского коечного фонда, реорганизацию и перепланировку старых учреждений. Поднятие на еще бо́льшую высоту обслуживания детей является существенной задачей. Наряду с этим необходимо взяться за дальнейшее развитие детского санаторно-курортного дела, за создание образцовых детских санаториев, учреждений для ревматиков, реконвалесцентов.

Ряд острых проблем, как лечение токсикоза, менингита, пневмонии, пиурий, сепсиса, как профилактика милиаризации туберкулеза, еще не решен и требует упорной, планомерной работы. Еще остро стоит проблема скарлатины, ревматизма. Еще далеко не все педиатры осознали необходимость перестройки диагностических подходов, более широкого использования новейших сложных методов исследования (лабораторных, инструментальных, биологических и т. д.).

Очень остро стоит перед нами проблема кадров. У нас еще слишком мало квалифицированных специалистов — врачей-педиатров и сестер для наиболее правильного решения проблемы борьбы с детской заболеваемостью и смертностью и высокого качества обслуживания. Подготовка новых кадров, повышение квалификации уже имеющихся является делом не только институтов, но и каждого учреждения, каждого работника.

Нигде в мире не уделяется такого внимания детям, как у нас в Союзе. Перспективы детского здравоохранения у нас поистине неизмеримы.

Долг всех педиатров, всех институтов, клиник, учреждений и педиатрических обществ — теснее связаться с органами здравоохранения, и тогда дело дальнейшего роста и процветания педиатрии будет обеспечено.

УСПЕХИ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА В СССР

Проф. *Д. А. Глебов*

Охрана материнства и младенчества является детищем Октябрьской революции, так как раньше, при царско-помещичьем строе (а в капиталистических странах и до сих пор), при рабском, бесправном положении трудящихся женщин все бремя материнства ложилось на их плечи.

Помещикам и фабрикантам было невыгодно проводить какие-либо мероприятия по охране материнства, связанные с материальными затратами. Лицемерное буржуазное общество в порядке благотворительности организовывало кое-какую лечебную, а иногда и материальную помощь матерям, присваивая этим своим мероприятиям даже название «охраны материнства и младенчества» («Всероссийское попечительство охраны материнства и младенчества», «Капля молока», детские сиротско-воспитательные дома и т. п.).

В России до Октябрьской революции не было законодательства, сколько-нибудь охранявшего материнство. Случаи, когда работницы рожали у станка, а крестьянки — в поле во время работы, были очень частым явлением. Таким же обычным явлением был выход родильницы на работу через несколько дней после родов. Только в революционной борьбе рабочему классу удавалось иногда вырвать у царско-помещичьего правительства и у отдельных фабрикантов уступки и добиться осуществления некоторых мер по охране материнства и младенчества. Так, например, в 1911 г. работницы Сампсониевской мануфактуры (С.-Петербург) после длительной стачки отстояли у администрации свое право на шестинедельный перерыв в работе в период беременности и после родов с сохранением за ними места. Заработная плата за это время не выплачивалась, — работница получала из кассы страхования пособие в течение 6 недель (4 недели до родов и 2 недели после родов) в размере от 50 до 100%; средства же страховых касс составлялись из взносов самих рабочих и работниц (60%) и хозяев фабрик и заводов (40%). Перед империалистической войной был утвержден закон об освобождении женщин от работы на 4 недели после родов, однако законом не запрещался труд беременной до самого момента родов. Правом на освобождение после родов пользовались в 1912 г. не все женщины, работавшие по найму, а только работавшие в крупных предприятиях (не менее 20 работниц при машинах и не менее 30 работниц без машин), вся остальная армия женщин физического и умственного труда, разбросанная небольшими группами и одиночками, была лишена права на эти льготы.

В 1913—1914 гг. по всей России было очень незначительное количество учреждений по охране материнства и младенчества: фабричных яслей 14, домов ребенка 7, консультаций для детей 6, родильных коек 4709.

Следует добавить, что не только во многих врачебных участках, но даже и в некоторых уездных городах не было ни родильных коек, ни даже акушерок и необходимых акушерских инструментов. В сельских же местностях, в особенности в так называемых «неземских» губерниях (Сибирь, Семиречье, Кавказ и пр.), квалифицированная акушерская помощь (врача или акушерки), как правило, отсутствовала, и роженицы находились во власти повитух и знахарок.

Таким образом советской власти пришлось строить великое по своему социально-экономическому содержанию и значению дело охраны материнства и младенчества на «пустом месте». В первые же месяцы существования советской власти Комиссариатом государственного призрения были изданы декреты об организации «Охраны материнства и младенчества» (27 декабря 1917 г. и 31 января 1918 г.). В этих декретах и в последующих распоряжениях советской власти (декларация прав беременной и др.) осуществлялись директивы коммунистической партии об охране материнства как социальной функции и об охране младенчества как прямой обязанности государства и общества.

Мероприятия состояли прежде всего в охране труда беременных и оказании им социально-экономической помощи.

К важнейшим правительственным постановлениям по этому вопросу относятся следующие.

1. Освобождение от работы (и от всех видов трудовой повинности) беременных и родильниц — работниц физического труда за 8 недель до родов и на 8 недель после родов, не физического труда — за 6 недель до родов и на 6 недель после родов.[1]

2. Освобождение беременных и родильниц от тяжелых работ на фабриках и заводах и перевод беременных и кормящих работниц на более легкие работы.

3. Освобождение беременных и матерей, кормящих грудью, от ночной работы и ночных дежурств.

4. Общественная обработка полей беременных жен красноармейцев.

5. Преимущественное право (беременных и матерей, кормящих грудью) на внеочередное получение продовольственных продуктов, проездных билетов, всякого рода справок, на вход с передней площадки в трамвай и т. п.

6. Преимущественное право на работу в предприятиях и в учреждениях, находящихся вблизи от места жительства матерей, имеющих грудных детей.

7. Первоочередность приема в ясли грудных детей работниц.

8. Установление пособий по случаю беременности и родов и в период кормления грудью ребенка.

9. Дополнительное питание беременных и матерей, имеющих при себе детей до 1 года.

10. Снабжение новорожденных мануфактурой и предметами ухода.

Помимо перечисленных правительственных постановлений, за период 1918—1922 гг. издан ряд других, из коих основные и наиболее важные были в 1922 г. включены в Кодекс закона о труде (глава XIII).

Из учреждений по охране материнства первыми появились дома матери и ребенка. Сюда помещаются беременные женщины, не имеющие надлежащих жилищных условий; с наступлением родов эти женщины направляются в родильные учреждения и после родов возвращаются с новорожденным в дом матери и ребенка, где им оказывается содействие в подыскании работы и жилища. В 1918 г. таких домов было открыто 10, к 1925 г. число их возросло до 103. Затем, по мере улучшения экономических условий, в особенности после ликвидации безработицы, число домов матери и ребенка стало постепенно сокращаться; в настоящее время они предназначаются для грудных детей, оставшихся без матерей, а также для тех матерей, которые после родов остаются неустроенными, главным образом в отношении жилища (домашние работницы, женщины, проживавшие до родов в общежитиях, и т. д.). Так, например, в Ленинграде в настоящее время имеется только три дома матери и ребенка, всего на 40 матерей и 40 детей, и один дом-распределитель на 15 матерей и 15 детей.

Консультации для беременных, превратившиеся в настоящее время в женские консультации, стали развиваться в системе охраны материнства и младенчества главным образом с 1922 г. До этого они существовали только в крупных городах и промышленных центрах и функционировали (и то не ежедневно) как учреждения, где давались советы главным образом по вопросам гигиены беременности и социально-правового характера. С введением системы социального страхования, когда для застрахованных стало обязательным посещение консультаций, обращаемость женщин сразу значительно возросла. Но все же рост этих учреждений в городах и промышленных центрах был недостаточен. Еще в большей степени сказывалась недостаточность сети женских консультаций в сельских местностях.

Рост консультаций для беременных в СССР

	1921	1923	1926/27	1928/29	1931
В городах и промышленных центрах	29	95	191	460	590
В сельских местностях	—	—	132	530	850

В последующие годы роль консультаций для беременных значительно возрастает, в особенности в связи с неуклонным увеличением числа занятых на произ-

[1] Законом от 27 июня 1936 г. женщины-служащие в отношении продолжительности отпуска по беременности уравнены с женщинами-работницами (56 дней до родов и 56 дней после родов).

родстве женщин, а также в связи с возложением на консультации обязанности лечения гинекологических больных. В соответствии с новым содержанием работы, консультации для беременных стали называться женскими консультациями. На XVI Всероссийском Съезде Советов (1935 г.) было постановлено «расширить сеть консультаций для беременных женщин и грудных детей с тем, чтобы в 1936—1937 гг. в каждом районе имелось не менее одной консультации».

Количество посещений женщинами консультаций стало за последние годы быстро возрастать. К 1936 г. женских и детских консультаций по СССР (без железнодорожного и воздушного транспорта) в городских поселениях насчитывалось 2044, а число посещений 12 213 800; число женских и детских консультаций в сельских поселениях — 1325, посещений — 1 876 000.[1]

Проектируемое в третьей пятилетке дальнейшее расширение сети женских консультаций предполагает повышение коэфициента посещаемости их: в среднем каждая беременная должна посетить консультацию шесть раз до родов и два раза после родов (для городов, рабочих поселков и сельских районных центров), в некоторых городах (например в Ленинграде, Москве) этот коэфициент уже в настоящее время превзойден.

В работе женских консультаций очередными задачами являются:

а) стопроцентный охват наблюдением всех беременных;

б) раннее (т. е. с первых месяцев беременности) привлечение в консультацию беременных;

в) патронирование всех беременных, нуждающихся в соответствующем патронаже (в особенности абортирующих и получивших отказ в аборте);

г) улучшение работы по предупреждению беременности и применению противозачаточных средств;

д) улучшение работы по определению срока беременности и по предоставлению декретного отпуска;

е) реорганизация и улучшение массовой и индивидуальной санитарно-просветительной работы по вопросам охраны материнства и младенчества;

ж) повышение квалификации врачей женских консультаций, вовлечение их в работу акушерских стационаров и т. п.;

з) организация под наблюдением женских консультаций диэтетического питания для беременных, в особенности страдающих токсикозами беременности, организация санаторного отдыха (дома отдыха) для беременных и т. п.;

и) установление связи с родильными домами, проведение совместных научных конференций и т. п.

Родовспоможение в узком смысле этого слова, т. е. организация акушерской помощи, являлось одним из неблагополучных и плохо организованных участков работы органов здравоохранения.

Существовавшая до Революции организация родовспоможения была слабо развита и обслуживала главным образом городское население. В годы же империалистической войны родовспоможение, в особенности в сельских местностях, еще более ухудшилось, и роженицы в своем подавляющем большинстве оставались на попечении «бабок-повитух», продолжавших калечить женщин и детей.

Развернувшаяся после Октябрьской революции организация охраны материнства и младенчества в первые годы своего существования очень мало внимания уделяла родильным учреждениям. Только в некоторых городах родильные дома были в ведении отделов охраны материнства и младенчества. В большинстве же мест как самостоятельные акушерские учреждения, так и акушерские и гинекологические койки при общих больницах находились в ведении лечебных отделов губздравотделов и тонули в общей лечебной сети. Исторически сложившийся взгляд на акушерскую помощь как на необязательную лечебную помощь, без которой женщины, мол, обходились в течение тысячелетий, являлся в значительной мере причиной относительно медленного развития родовспомогательных учреждений. Если и происходил рост акушерских коек, то главным образом вместе с расширением общей сети здравоохранения. Но все же по сравнению с дореволюционным временем (1914 г.) за первые же годы советской власти количество акушерских коек значительно увеличилось; в РСФСР к 1925 г. оно утроилось: в 1924 г. — 4709 коек, а в 1925 г. — 13 050 коек, из них 7887 коек в городах и 5163 койки в селах.

Охват рожениц квалифицированной акушерской помощью (стационарной и на дому) к этому времени был еще явно недостаточен: в городах он достигал 70%, а в сельских местностях — 12%, в среднем по РСФСР — 21%. Если же взять только стационарную помощь, то средний процент госпитализации рожениц в РСФСР был не более 12—15%; особенно плохо обстояло дело в сельских местностях.

В целях улучшения постановки родовспоможения в сельских местностях было приступлено к организации акушерских пунктов (помощь на дому), к открытию родильных приемных покоев (на 2—3 койки) при врачебных участках, к выделению 20% из общей коечной сети для расширения количества акушерских коек и т. п.

Благодаря указанным специальным мерам сеть учреждений по родовспоможению и количество коек в них стали увеличиваться более быстрыми темпами, чем это было в предшествующий период.

К 1930 г. количество акушерских коек по всему Союзу увеличилось до 32 309, из них в РСФСР — до 24 657 (увеличение по сравнению с 1925 г. на 81,3%).

В постановлении Наркомздрава РСФСР (от 1 ноября 1931 г.) были указаны основные пути дальнейшего развития акушерско-гинекологической помощи, стопроцентный охват коечной помощью рожениц в городах и промышленных центрах, выделение коек (до 10%) для беременных с патологически протекающей беременностью, выделение коек (5—10%) для септических родильниц, организация сестринского ухода за новорожденными взамен санитарок, организация родильных приютов в колхозах и пр.

Родильные дома были включены в систему управления охраны материнства и младенчества и было обращено внимание на необходимость контроля со стороны этих управлений над работой акушерских учреждений при общих больницах.

В следующем, 1932 г., родовспомогательная помощь была также выделена под руководством специальных управлений по родовспоможению. Такое параллельное существование двух организаций продолжалось до 1934 г., когда они снова слились в системе охраны материнства и младенчества.

За короткий период раздельного существования указанных организаций было произведено всестороннее изучение состояния дела родовспоможения, выяснено точное количество коек и потребность в них, выявлена степень использования родильных коек под абортные и приняты меры к устранению этого положения, выяснено материальное оснащение акушерских учреждений, в особенности мягким инвентарем и предметами медицинского ухода, обследовано также состояние помещений, потребность в ремонте и приспособлении их и пр.

[1] Здоровье и здравоохранение трудящихся в СССР. Издание ЦУНХУ, 1936, стр. 142.

Последовавшие на основании материалов обследований распоряжения Наркомздрава в значительной мере содействовали расширению дела родовспоможения и улучшению качества обслуживания рожениц.

Количество акушерских коек в 1934 г.

Название республик	Количество коек		
	в городах и поселках городского типа	в сельских местностях	Всего
СССР	25 308	15 893	(41 201)
Из них			
в РСФСР	18 983	12 001	30 984
в УССР	3 594	2 950	6 544
в БССР	949	322	1 271
в ССР Грузии	363	75	438
в ССР Армении	144	21	165
в Узбекской ССР	520	110	630
в ССР Азербайджана	568	109	677
в Туркменской ССР	127	204	331
в Таджикской ССР	60	101	161

Но даже и такой рост количества акушерских коек не мог удовлетворить потребности в них. В городах и промышленных центрах охват рожениц стационарной помощью колебался между 80% и 100%, а в сельских местностях госпитализация рожениц в среднем по РСФСР не превышала и 20%, достигая по отдельным областям и автономным республикам лишь 9,3% (Западная область), 6,9% (Дагестанская республика) и даже 4,9% (Казахская республика). В сельских местностях даже наличные акушерские койки в силу разных причин (дальность расстояния, неприспособленность больниц, отсутствие акушерок и пр.) использовались не полностью: по данным на 1 января 1935 г. в РСФСР в районных и участковых больницах имелось 13 000 коек, обслуживших вместо 600 тысяч только 200 тысяч родильниц.

Такое состояние родовспоможения дало основание XVI Всероссийскому Съезду Советов принять следующее постановление:

...«Довести в 1935 г. количество родильных коек в стационарной лечебной сети до 30 тысяч единиц.

В целях максимального приближения родильной помощи к колхозной деревне организовать в 1935/36 г., опираясь на самодеятельность и средства колхозов и колхозников, сеть колхозных родильных домов, работающих под непосредственным контролем врачебного участка.

Обязать Наркомздрав и его местные органы значительно расширить сеть акушерских пунктов в деревне, обеспечив их достаточно квалифицированными акушерками; развернуть разъездную акушерскую помощь на дому».

Съезд предложил Наркомздраву организовать специальные курсы для подготовки и усовершенствования акушерок и медицинских сестер.

Для более успешного развития здравоохранения XVI Всероссийский Съезд Советов предложил «подхватить растущую общественную активность колхозников и колхозниц, направив ее работу по улучшению здравоохранения на селе, в первую очередь по расширению и улучшению родильной и ясельной помощи».

К вопросам организации и улучшения дела родовспоможения значительно повысилось внимание не только органов здравоохранения, исполкомов и советов, но и общественных организаций и самих трудящихся, в особенности женщин. Акушерские учреждения стали лучше оснащаться инвентарем и предметами медицинского обслуживания. Но все же потребность в абортных койках сильно мешала расширению сети родильных коек, а во многих учреждениях родильные койки превращались в абортные, чем сокращалась возможность госпитализации рожениц.

За 1935—1936 гг. количество абортов стало заметно снижаться. На этом этапе уже отпали предпосылки, послужившие в 1920 г. основанием для легализации абортов (материальная необеспеченность и тому подобные «социальные показания» для аборта).

Это и позволило правительству сначала поставить на обсуждение широких масс трудящихся вопрос о запрещении абортов, а затем издать закон «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам и пр.» (27 июня 1936 г.). Основное содержание этого закона заключается не только в запрещении аборта, но и в расширении мероприятий по охране материнства и младенчества: увеличение размеров пособия матерям на обзаведение необходимыми предметами ухода за новорожденными, увеличение пособия на кормление ребенка, уравнение женщин-служащих с женщинами-работницами в отношении сроков отпуска по беременности (56 дней до родов и 56 дней после родов), пособие многосемейным матерям, имеющим свыше 6 детей. К числу мероприятий, облегчающих женщине осуществление материнства, следует отнести расширение количества таких учреждений, как ясли, детские сады, молочные кухни, акушерские пункты и родильные дома.

Расширение сети акушерских учреждений и количества коек в них должно быть произведено начиная с 1936 г. до 1 января 1939 г. в следующих размерах.

1. В городах, промышленных и районных центрах, в дополнение к запроектированным по бюджету 1936 г. 4200 койкам, еще 11 000 коек, итого — 15 200 коек.

2. В сельских местностях — в родильных отделениях при сельских больницах, за счет государственного бюджета, в дополнение к запроектированным по бюджету 1936 г. 4300 родильным койкам, еще 16 000 коек, итого — 20 300 коек.

3. В сельских местностях при колхозных родильных домах, в дополнение к запроектированным по бюджету 1936 г. 5000 койкам, еще 16 000 коек, итого 21 000 коек (с отнесением стоимости их организации: 75% — за счет колхозов и 25% — за счет государственного бюджета); всего родильных коек — 56 500.

Если принять во внимание, что к 1936 г. общее количество акушерских коек в СССР равнялось 48 240, то увеличение этого числа еще на 56 500 новых коек означает более чем удвоение (увеличение на 117%) существовавшей к 1936 г. сети акушерских коек в сравнительно небольшой срок — три года (1936, 1937 и 1938 гг.).

Число акушерских пунктов предложено увеличить на 14 400. Эти акушерские пункты имеют своей основной задачей выполнение функции женских консультаций на селе и оказание родовспоможения на дому.

Для обеспечения вновь развертываемых акушерских учреждений кадрами закон предусматривает отпуск средств (15 млн. рублей) на подготовку акушерок и медицинских сестер. Вообще же на все мероприятия, связанные с осуществлением закона от 27 июня 1936 г., предусмотрено по бюджету только 1936 г. — 2174,1 млн. руб. против 875 млн. рублей 1935 г.

Такое грандиозное по масштабу расширение сети акушерских учреждений и коек в них требовало более внимательного отношения к этому делу со стороны органов здравоохранения на местах и со стороны областных и районных исполкомов, горсоветов и в особенности со стороны секций здравоохранения. На деле же оказалось, что все перечисленные организации во многих городах и районах не справились с этой задачей и не были готовы к госпитализации все увеличивающегося количества рожениц.

Благодаря принятым энергичным мерам к середине 1937 г. (июнь — август) дело родовспоможения стало значительно улучшаться.

Активное участие в разрешении этой задачи приняло Всероссийское научное общество акушеров-гинекологов и его филиалы.

Общее количество родильных коек на 1937 г. (запроектировано)

Название республик	В родильных домах и б-цах городов и пром. центров	В родильных домах сельской местности и при сельских б-цах	В колхозных родильных домах	Всего
1 РСФСР	43 161	20 358	13 224	76 743
2 УССР	13 751	6 540	8 212	28 503
3 БССР	1 540	900	1 400	3 840
4 Азербайджанская ССР	1 083	400	320	1 803
5 Грузинская ССР	1 006	456	215	1 677
6 Армянская ССР	480	160	155	795
7 Туркменская ССР	460	198	137	795
8 Узбекская ССР	1 460	750	321	2 531
9 Таджикская ССР	235	275	115	625
10 Казахская ССР	1 215	932	496	2 643
11 Киргизская ССР	304	243	48	595
	64 695	31 212	24 643	120 550

В предварительных материалах по составлению плана третьей пятилетки по охране материнства указаны следующие основные задачи.

1. Оказание женщинам широкой профилактической помощи, обеспечивающей правильное течение беременности и родов, а также антенатальную охрану ребенка.

2. Полный охват рожениц как в городе, так и на селе квалифицированной акушерской помощью (в стационаре и на дому).

3. Дальнейшее улучшение качества родовспоможения.

Вместе с ростом сети акушерских учреждений должно улучшаться и качество акушерской помощи. Начиная с самих помещений, построенных по строго продуманному и научно обоснованному плану, и кончая подбором персонала — квалифицированного, дисциплинированного и преданного своему делу, — все должно соответствовать великой задаче родовспоможения как части охраны материнства.

Научные достижения в этой области должны быстро претворяться в жизнь. Наиболее ярким примером этого является обезболивание родов, облегчающее женщинам роды.

Достижения научной работы нашли наиболее полное отражение в докладах на научных съездах. За истекший двадцатилетний период по вопросам акушерства и гинекологии было созвано четыре съезда: VI Всероссийский съезд акушеров и гинекологов происходил в 1924 г. в Москве, VII — в 1926 г. в Ленинграде, VIII — в 1928 г. в Киеве и IX — в 1935 г. в Москве.

На VI съезде обсуждались, в частности, следующие вопросы:

1. Об этиологии и терапии опущений и выпадений женских половых органов.
2. О послеродовых заболеваниях.
3. О протеиновой терапии в акушерстве и гинекологии.
4. Физиология и патология беременности.
5. Острый живот в акушерстве и гинекологии.
6. Лечение фибромиом и рака.
7. Гонорея и др.

На VII съезде впервые ставится на широкое обсуждение вопрос о профессиональных вредностях в акушерстве и гинекологии. Кроме того обсуждались еще следующие вопросы.

1. Конституция в акушерстве и гинекологии.
2. Этиология и лечение бесплодия.
3. Токсикозы беременности, внутренняя секреция и обмен веществ при беременности.
4. Оперативное и консервативное лечение рака матки и их сравнительная оценка.
5. Воспалительные заболевания женской половой сферы и их консервативное лечение.

На VIII съезде, помимо обсуждения организационного вопроса об охране материнства и младенчества, были поставлены еще следующие программные вопросы:

1) миома матки; 2) рентгенстерилизация женщин; 3) кесарское сечение; 4) профессиональные вредности в акушерстве и гинекологии и др.

На IX съезде, во изменение ранее составленной программы, были обсуждены вопросы об организации родовспоможения и об обезболивании родов. Кроме того в программу съезда вошли следующие вопросы: 1) узкий таз; 2) гинекологические кровотечения; 3) переливание крови в акушерстве и гинекологии; 4) воспалительные заболевания женской половой сферы; 5) физкультура в акушерстве и гинекологии; 6) гонорея; 7) послеродовые заболевания; 8) классификация и номенклатура заболеваний и др.

Кроме всесоюзных съездов происходили еще I и II Закавказские съезды и I и II Украинские съезды, в которых принимали участие делегаты из всех республик Союза.

Исключительное внимание, которое оказывают охране материнства и младенчества, и в частности делу родовспоможения, партия и правительство и общественные организации, а также активное участие научных акушерско-гинекологических обществ в разрешении практических вопросов в области акушерской и гинекологической помощи населению, — все это является гарантией дальнейшего улучшения акушерско-гинекологической помощи в количественном и качественном отношениях, успешного разрешения поставленных перед нами задач в соответствии с потребностями населения, с требованиями эпохи великой Сталинской Конституции.

Мы не оставили в подлинном смысле слова камня на камне из тех подлых законов о неравноправии женщины, о стеснениях развода, о гнусных формальностях, его обставляющих, о непризнании внебрачных детей, о розыске их отцов и т. п., — законов, остатки которых многочисленны во всех цивилизованных странах, к позору буржуазии и капитализма. Мы имеем тысячу раз право гордиться тем, что мы сделали в этой области.

В. И. ЛЕНИН

СОВЕТСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЯ ЗА ДВАДЦАТЬ ЛЕТ

Засл. деят. науки проф. *В. В. Чирковский* (Ленинград)

Двадцать лет, прошедших со времени победоносной Октябрьской революции, составляют целую эпоху и в развитии офтальмологии. По своему размаху и богатству содержания пережитый период не может быть и сравниваем со всеми предыдущими этапами истории дореволюционной офтальмологии.

Мы остановимся только на самых основных данных, иллюстрирующих огромное поступательное движение советской офтальмологии. Прежде всего следует привести несколько цифр, указывающих на ту резкую перемену, которая произошла за двадцать лет в состоянии сети офтальмологических учреждений и контингенте глазных врачей, силами которых проводится практическая и научно-исследовательская работа в нашей области.

В дореволюционную эпоху на всю царскую Россию насчитывалось всего только 300—400 окулистов; к настоящему году количество окулистов доходит по неполному списку 1936 г. до 2208, т. е. возросло почти в семь раз. До Октября Россия не имела ни одного специального научно-исследовательского офтальмологического учреждения, кроме университетских глазных клиник и нескольких крупных глазных больниц, как Тверская и Алексеевская больницы в Москве, Петербургская глазная лечебница и еще единичные больницы в провинции, где велась и научная работа. В настоящее время мы имеем уже мощную сеть научно-исследовательских и практических институтов офтальмологии. Таков прежде всего Центральный научно-исследовательский и клинический институт офтальмологии имени Гельмгольца в Москве, Всеукраинский институт офтальмологии им. Гиримана в Харькове, Институт экспериментальной офтальмологии в Одессе, Ленинградский офтальмологический институт и др. Такого рода учреждений не имеет ни одна из современных капиталистических стран. Из всех специальных офтальмологических учреждений, созданных советской властью, особо крупное значение имеет недавно организованный Центральный офтальмологический институт им. Гельмгольца в Москве (дир. — засл. деят. науки *М. И. Авербах*). Этот институт, имея базой единственную в своем роде по объему работы глазную больницу им. Гельмгольца, поставил перед собой обширные задачи научно-исследовательского характера и сейчас уже развернул ряд крупных и интересных отделов, как отдел физиологии органа зрения и физиологической оптики и др. Институт имеет целью объединить вокруг себя научно-исследовательскую работу и других глазных учреждений РСФСР, и в этом отношении он представляет учреждение, не имеющее подобного себе в мире. Большую работу ведет и учрежденный десять лет тому назад Офтальмологический институт в Харькове (дир. — проф. *Е. Б. Рабкин*). На Украине же недавно (1936 г.) организован в Одессе Институт экспериментальной офтальмологии (дир. — засл. деят. науки проф. *В. П. Филатов*), поставивший весьма важные исследования по теоретической и практической офтальмологии, особенно в области кератопластики.

Существовавшая в дореволюционную эпоху только в зачаточном виде организация научно-исследовательского дела в области изучения трахомы развернулась за время после Октябрьской революции в мощную сеть противотрахоматозных институтов. Учреждений такого характера также не имеет ни одна из капиталистических стран. Первый противотрахоматозный институт был основан в Казани еще в 1922 г. Вскоре были учреждены такие же институты и в целом ряде других мест Союза, пораженных трахомой, как Башкирский (Уфа), Куйбышевский, Новосибирский, Ашхабадский, Казахский (Алма-Ата), Чувашский (Канаш-Чебоксары), Марийский (Йошкар-Ола). За годы после Революции значительно расширилась сеть глазных клиник медицинских институтов, а также специальных глазных больниц (свыше 10 тысяч глазных коек в 1936 г.). Отсюда понятно, что за истекшие двадцать лет созданы небывало благоприятные условия для выполнения офтальмологией широких задач в деле борьбы с заболеваемостью глаз и в деле разрешения ряда проблем теоретической и практической важности.

Хорошо известно, что царская Россия по распространению трахомы стояла на одном из первых мест во всем мире. Повышаясь из года в год, показатель распространения трахомы, т. е. количество трахоматозных на 10 тысяч населения, накануне империалистической войны достигал огромной цифры — 63. Наличие 70—80% трахоматозных среди населения некоторых национальных районов, и прежде всего среди чувашей, было заурядным явлением в дореволюционные годы. Причина этого совершенно ясна — трахома находила все условия для своего распространения среди трудящихся масс особенно тех народностей б. России, которые находились под наиболее свирепым гнетом царского самодержавия и феодально-помещичьей эксплоатации — и благодаря этому экономически слабых, стоявших на чрезвычайно низкой ступени культуры и живших в условиях примитивного быта. Победоносная Октябрьская революция создала все необходимые предпосылки и условия для организации широкой профилактики и эффективной борьбы с трахомой, устранив вековые тормозы, которые стояли на пути ликвидации этой болезни. На примере борьбы с трахомой с исключительной демонстративностью проявилось все значение правильно поставленной профилактики и вся обоснованность методов советского здравоохранения в деле ликвидации так называемых социальных болезней.

Особо поразительны результаты, достигнутые в Чувашской республике. Здесь на протяжении ряда лет, начиная с 1928 г., проводилась последовательно диспансеризация населения в виде так называемой «гнездовой» системы, т. е. только в отдельных районах, особо пораженных трахомой, а в 1934—1935 гг. все население этой республики было охвачено диспансеризацией полностью. Здесь, на территории небольшой республики с ее миллионным населением, к 1936 г. развернуто до 700 диспансерных сестринских трахоматозных пунктов, которые проводят лечебную и профилактическую работу под контролем врача. На фоне громадного подъема всей социально-экономической жизни Чувашской республики, успех противо-

трахоматозной борьбы отнюдь не случаен. Если в 1923 г. в Чувашии в среднем насчитывался 61% трахоматозных, то в последующие годы идет резкое снижение трахомы: за период 1928—1936 гг. процент трахоматозных снизился почти втрое. Такие темпы снижения заболеваемости делают реально выполнимой задачу в близкие сроки ликвидировать трахому, как массовое заболевание населения Чувашии. По пути Чувашской республики идут с большим успехом в деле ликвидации трахомы и другие республики, как Удмуртская, Марийская, Татарская и Мордовская.

И на всей огромной территории Союза — на Украине, в Белоруссии, в Туркмении, в Азербайджане и др. — всюду вместе с поступательным ростом социалистического строительства идет успешная борьба с трахомой, как остатком тяжелого прошлого. Успехам борьбы и ликвидации трахомы содействовала широко проводимая в Советском Союзе научно-исследовательская работа по основным разделам проблемы трахомы. Вопросы этиологии трахомы, ее морфология, диагностика процесса, классификация были предметом разносторонних работ советских офтальмологов. Не только противотрахоматозные институты, но и лаборатории глазных клиник и микробиологических институтов работали над изучением этиологического значения палочки Ногуши и внутриклеточных включений Провачека-Гальберштедтера (работы *Трапезонцевой, Степановой* и *Азаровой, Берьерма* и *Алексеева, Микаэляна, Горбуновой, Канкрова, Чирковского* и др.). Труды советских окулистов подтвердили в основном взгляды тех исследователей, которые отрицают этиологическую роль палочки Ногуши при трахоме. Много внимания в советской офтальмологической литературе было посвящено выяснению патогенетических факторов при трахоме, в частности роли конституции и значению иммунитета при этом заболевании (работы *Чирковского, Варшавского* и их учеников, *Степановой, Холиной, Трапезонцевой, Шильман* и др.). И в этом отношении наблюдения советских исследователей внесли значительную ясность в понимание роли эндогенных факторов при заболевании трахомой, отвергнув, с одной стороны, крайние воззрения «конституционалистов» школы Анжелючи, Брана и др. и определив, с другой стороны, известное значение конституции при этой инфекции.

За последние десять лет в советской печати, а также и на съездах глазных врачей широко ставились и вопросы морфологии трахомы. Работы по гистологии трахомы *А. И. Покровского* и его учеников — *Левковой, Дыбана, Михайлова* и др. — являются крупным вкладом в мировую литературу о трахоме.

Особенно большое внимание уделялось диагностике трахомы и ее лечению. За последние годы занял видное место в диагностике трахомы биомикроскопический метод, разрабатываемый в ряде наших офтальмологических учреждений. Советскими окулистами выдвинуто много оригинальных методов лечения трахомы. Таковы, например, разнообразные методы операции заворота век *(Гольдфедер, Варшавский, Круглов, Крахмальников, Кузнецов* и др.), метод повторного выдавливания при трахоме *(Филатов)*, аутогемотерапия при паннусе *(Филатов, Цыкуленко, Лиорбер* и др.) и многие другие эффективные терапевтические приемы.

Большое значение имеет введение единообразной классификации трахомы. Разнобой в понимании сущности трахоматозного процесса служил огромным препятствием к правильному учету трахомы, мешал правильной оценке проводимых практических мероприятий по борьбе с трахомой, не давал возможности определить эффективность ее лечения и т. д. На Первом всероссийском совещании по трахоме в 1933 г. была принята классификация по трахоме, предложенная проф. *Чирковским*, и в последующем она введена как обязательная Наркомздравом.

Таким образом проблема трахомы небывало широко изучалась в нашем Союзе, и, что особенно важно, в этой области научного исследования с большой ясностью выступило все огромное значение синтеза теории и практики.

Немалые достижения советская офтальмология может отметить и в области других заболеваний глаза, как туберкулез и сифилис органа зрения. Трудами советских исследователей (*Самойлов* и его ученики, *Лотин, Суконщикова, Хургина, Балтин* и др.) борьба с туберкулезом глаза была поставлена как весьма важная проблема офтальмологии. Особенную заслугу в этом отношении имеет глазная клиника Харьковского медицинского института проф. *Самойлова*, которая за последние 8—9 лет выработала ряд оригинальных приемов для диагностики процесса, установила показания и противопоказания к применению туберкулиновой терапии при туберкулезе глаза, наметила и пути к его профилактике. Пути советской офтальмологии в борьбе с туберкулезом глаза хорошо отразились в программных докладах двух съездов советских окулистов (в 1928 и 1936 гг.), показавших, что и в этой области советская офтальмология имеет ряд несомненных успехов большой теоретической и практической важности.

Сифилис глаза, совсем почти не изучавшийся в дореволюционную эпоху, также послужил предметом обширных исследований, в особенности по вопросам врожденного сифилиса. Клинике сифилиса глаза и его лечению особенное внимание посвятила школа проф. *Казаса* (Днепропетровск); подробное и во многих отношениях новое освещение получили вопросы о врожденном сифилисе глаза в работах *Архангельского* и *Фельдмана, Райц, Якоби* и *Благовещенского, Чирковского* и *Раутенштейн* и др. Этими исследованиями с большой полнотой выяснено то значение, какое имеет поражение глаза для ранней диагностики врожденного сифилиса.

Отвечая потребностям социалистического строительства, советская офтальмология ставила одной из важнейших задач изучение травматизма глаза. Изучение причин травматизма глаза, установление действительных профилактических и лечебных мер нашли себе отражение в многочисленных исследованиях и, особенно, в работах глазных учреждений промышленных центров нашей страны. Размах этих исследований, эффективность их практического применения не могут быть и в отдаленной степени сравнимы с положением дела в дореволюционную эпоху, когда вопросы травматизма едва были затронуты. Общим итогом широких профилактических мер, наряду с технической реконструкцией производства, является сейчас резкое снижение промышленного глазного травматизма.

Из других существенных проблем советской офтальмологии следует указать на проблему глаукомы, этой самой частой причины слепоты во всем мире. Среди серьезных исследований, посвященных изуче-

нию этио-патогенеза глаукомы, должны быть особо отмечены работы *Самойлова, Рощина, Трона, Кальфа* и др. При изучении явлений реактивной гипертонии *Самойловым* применена оригинальная регистрация внутриглазного давления и внесен ряд интересных данных в понимание глаукоматозного процесса. *Рощин* в экспериментальном исследовании подверг обстоятельному пересмотру круг вопросов, касающихся этиологии глаукомы, остановившись особенно на роли симпатической первой системы в патогенезе глаукомы. Работы *Трона*, посвященные химическим исследованиям природы внутриглазных жидкостей, также внесли весьма интересные данные для понимания генеза глаукоматозного процесса. *Кальфа*, на основании эластонометрических исследований, недавно выдвинул новую теорию происхождения глаукомы, объясняющую глаукоматозный процесс нарушением рефлекса сосудистой оболочки глаза, регулирующего внутриглазное давление. Вопросы клиники глаукомы, ее диагностики и лечения не сходят со страниц советских офтальмологических журналов за все эти годы, причем под углом различных толкований генеза процесса предложены новые приемы лечения, как гормональная терапия, лизатотерапия, гравидинотерапия, физиотерапевтические методы по Щербаку, новокаиновый блок по Спиранскому и т. д.

Клиническая офтальмология обогатилась успехами в области хирургического лечения глазных болезней. Наряду с широким освоением зарубежного опыта в офтальмохирургии советские окулисты внесли и свои новые способы и дали ценные видоизменения старых хирургических методов. Таковы операции при отслойке сетчатки (*Одинцов, Аверbах, Розенблюм, Лазарев* и др.), операции внутрикапсулярной экстракции катаракты (*Варшавский, Дислер, Страхов* и др.), операции при поражении слезных органов (*Аверbах, Иванова, Поляк* и др.), при глаукоме (*Орлов, Филатов, Архангельский* и др.) и многочисленные другие методы офтальмохирургии — при трахоме и ее осложнениях.

В нашем Союзе, где за двадцать лет созданы широкие возможности для борьбы с глазной инвалидностью и слепотой, исключительный размах приняли наблюдения по трансплантации роговицы. Первенствующее место в этом отношении занимает Одесская глазная клиника проф. *В. П. Филатова*, который вместе со своими учениками на протяжении последних десяти лет проводит многочисленные наблюдения по трансплантации роговицы. Проф. *Филатовым* внесен ряд весьма ценных и оригинальных видоизменений в технику пересадки, им сконструирован свой собственный инструментарий. Проф. *Филатов* установил факт мелиорации бельм путем послойной пересадки роговицы и разработал технику операции. Большим достижением в области кератопластики явилась возможность успешной пересадки роговицы от трупа при консервации глаз в течение нескольких часов при прохладной температуре. Принципиально установленная и прежними наблюдениями (*Мажито, Шимановский, Фукс* и др.) успешность пересадки роговицы от трупа в трудах клиники *В. П. Филатова* получила широкое подтверждение, и Одесская клиника в настоящее время имеет большой опыт в этом вопросе, далеко превышающий все до сих пор опубликованное в мировой литературе. С учреждением в Одессе год тому назад Украинского института экспериментальной офтальмологии, созданы исключительно благоприятные условия для продолжения углубленной разработки и такой важной проблемы, как трансплантация роговицы. Имея уже обширный опыт удачного восстановления зрения неизлечимо слепых путем трансплантации, советские окулисты стали применять эту операцию во многих глазных учреждениях даже и периферии, и нет сомнения, что в дальнейшем успехи борьбы с глазной инвалидностью и слепотой еще более возрастут.

За последние годы советской офтальмологией уделялось особенно большое внимание изучению неврогенного фактора в генезе заболеваний глаза—кератита (*Чирковский* и его сотрудники), симпатической офтальмии (*В. Н. Архангельский*). На основе развиваемого *А. Д. Спиранским* учения о трофических функциях нервной системы стали применять в терапевтических целях различные методы воздействия на нервную систему; особенно значительное распространение за последние годы приобрел так называемый новокаиновый блок по Вишневскому—Спиранскому. Этот метод воздействия на нервную систему в отдаленных от глаза областях стал применяться не без успеха при целом ряде патологических процессов — при кератитах, при иритах, при симпатической офтальмии и т. д. Помимо новокаинового блока проводились наблюдения и над применением различных физиотерапевтических приемов также в целях воздействия на некоторые отделы нервной системы (гальванические воротники по Щербаку, диатермия шейных симпатических узлов и т. п.). Результаты исследований позволяют считать, что патогенетические искания на новых путях советской науки открывают большие перспективы для дальнейшего развития советской офтальмологии.

Среди успехов советской офтальмологии следует отметить впервые широко развернувшиеся у нас исследования в области физиологии органа зрения и физиологической оптики. Исследования в этой области не ограничивались только физиологическими и физиолого-оптическими лабораториями и институтами, но интенсивно разрабатывались и в клиниках и в офтальмологических институтах. Советские окулисты-клиницисты много работали прежде всего в области физиологии сетчатки. Вопросы адаптации в норме и патологии глубоко изучались *Дымшицем, Вишневским* и др., наблюдения по цветовому чувству представлены в обстоятельных работах *Самойлова, Рабкина, Барбеля, Кисина* и др. В последние только годы адаптация вошла в обиход клинического исследования органа зрения, позволив углубить диагностику и прогностику заболеваний глаза, и, особенно, облегчая в ряде случаев дифференциальное распознавание процесса. Наряду с советскими физиологами (акад. *Лазарев*, акад. *Орбели*, *Кравков* и др.), это в значительной степени заслуга и советских офтальмологов. Точно так же и в области изучения цветоощущения многие работы советских физиологов (*Федоров, Кравков* и др.) шли параллельно с клиническими исследованиями в офтальмологических учреждениях и дали исключительно крупные результаты. Работы в области как адаптации, так и цветового чувства и других функций сетчатки отвечают актуальным потребностям социалистического строительства, задачам профотбора на транспорте, в промышленности, в области обороны и др. Благодаря работам советских исследователей, мы

имеем в настоящее время, взамен иностранных, свои собственные, во многом оригинальные методы и аппараты для исследования и адаптации (адаптометр Лазарева, Дашевского) и цветоощущения (полихроматические таблицы Рабкина, аномалоскоп Демкиной, Н. Т. Федорова).

В области физиологической оптики, помимо специальных научно-исследовательских институтов, созданных после Октября, вели обширные исследования также и клинические учреждения. Сложная проблема рефракции, ее происхождение нашли в трудах советских офтальмологов обстоятельное освещение. Здесь в особенности должны быть отмечены исследования *Е. Ж. Трона* об оптических основах сферических аномалий рефракции, намечающие новые пути для решения этой проблемы; затем труды в этой же области *Вербицкого, Гассовского, Кардо-Сысоева* и др. Созванная в 1934 г. Конференция Государственного оптического института и Всесоюзного института экспериментальной медицины по физиологической оптике и в 1936 г. II Всесоюзный съезд окулистов послужили прекрасной демонстрацией больших достижений советской науки в области физиологической оптики и наметили пути ее дальнейшего развития.

Об интенсивном росте советской офтальмологии свидетельствует во много раз возросшая, сравнительно с дореволюционным прошлым, офтальмологическая литература — журнальная и монографическая. Помимо общеофтальмологических журналов, мы имеем и специальный журнал, посвященный вопросам трахомы («Вопросы трахомы»). В последние годы появились двухтомное руководство глазной хирургии под ред. *Одинцова* и *Орлова*, не только не уступающее лучшим зарубежным руководствам, но имеющее перед ними и ряд преимуществ, трехтомное руководство по глазным болезням под ред. *Белляркинова* и *Мерца*, прекрасный учебник по глазным болезням для медицинских вузов «Курс глазных болезней» проф. *Одинцова* и целый ряд крупных монографий, обогативших офтальмологическую литературу.

О небывалом расцвете советской офтальмологии говорят и съезды глазных врачей — два всесоюзных и несколько республиканских и краевых (Всероссийский, Украинский, три Северо-кавказских краевых и др.). Все они прошли с программными докладами по самым актуальным вопросам и при огромном количестве участников.

Таким образом, оглядываясь на прошедшие двадцать лет, можно с полным основанием утверждать, что с успехами социалистического строительства в Советском Союзе, с общим ростом народного хозяйства, ростом науки и техники связаны и крупные успехи советской офтальмологии.

Однако задачи, поставленные перед офтальмологией за эти годы, далеко еще не выполнены, и есть еще много недостатков в организации всей научно-исследовательской и практической работы. И сейчас на пороге исторической годовщины можно быть уверенным, что при тех исключительно благоприятных условиях, какие созданы для развития науки в СССР, при том участии, внимании и заботах, которыми пользуются наука и научные и практические работники со стороны партии и правительства, недочеты в нашей деятельности будут полностью изжиты, и только тогда советская офтальмология окажется достойной великой эпохи — эпохи Сталинской Конституции.

КУРОРТНОЕ ДЕЛО ЗА ДВАДЦАТЬ ЛЕТ

М. Я. Русаков (Москва)

Курорты дореволюционной России накануне Революции

Во время империалистической войны, за 2 года до исторических событий 1917 г., состоялся третий и последний в царской России «Съезд по улучшению отечественных лечебных местностей». Материалы этого съезда подводят с исчерпывающей полнотой печальные итоги деятельности дореволюционных курортов.

На первом же торжественном заседании съезда в докладе «О лечебных местностях в России» проф. *В. А. Штанге*, отмечая «необычайную заболеваемость и смертность в России», вынужден был признать, что с русскими курортами мы связываем их малочисленность, неустройство, недоступность малоимущим и несправедливое запрещение лечиться во многих курортах евреям».

Участник съезда *С. М. Арутинов* писал: «жалобы были, можно сказать, на все и на всех: 1) на администрацию, 2) на железнодорожное сообщение, 3) на врачей и на постановку всего врачебного дела, 4) на продовольствие, 5) на улицы с их то грязью, то пылью, 6) на антигигиенические помещения с их рухлядью под названием мебели, с насекомыми, 7) на неумелую, грубую и подчас дерзкую прислугу, 8) на жадность и бесцеремонность хозяев-предпринимателей, стремящихся как можно меньше дать и как можно больше брать, 9) на недостаточность ванн, для получения которых приходилось задабривать многих, 10) на отравляющие газы, распространяющиеся в жаркую летнюю ночь при очистке люков и плохой вывозной системе, 11) на отсутствие водопровода, 12) на шум, безобразие на улицах, на скандалы, ночные кутежи, картежные игры в смежных помещениях, 13) на отсутствие разумного эстетического развлечения, 14) и на многое другое, а всего чаще, конечно, на значительную дороговизну».

Далее мы находим указание, что курорты нередко представляют «гульбище для саврасов и тятенькиных сынков из Замоскворечья», в один вечер прокучивающих чуть ли не целое состояние с битьем посуды, зеркал и людей.

Курортное дело в дореволюционной России было подчинено интересам частных собственников, которые задерживали проведение наиболее жизненных для курортов мероприятий. Так, проект закона о горно-санитарной охране был выдвинут *Ермоловым* в 1898 г., поставлен для проработки в качестве законодательного проекта лишь в 1909 г., внесен в Государственную думу в 1914 г. и приобрел силу закона только в 1915 г., т. е. через 17 лет.

На курортах казне принадлежали только источники, бальнеологические учреждения и парки. Лечение больных было целиком в руках частно практикующих врачей и проводилось в амбулаторном порядке. Медицинских норм отбора больных на курорты не существовало.

Основные этапы развития советских курортов

Советские курорты родились в годы ожесточенной гражданской войны, в годы смертельной схватки молодого пролетарского государства с белогвардейцами и интервентами. Уже в 1918 г. функционируют три курорта общегосударственного значения — Старорусский, Липецкий и Сергиевские минеральные воды.

В апреле 1919 г., когда Советская республика находилась в огненном кольце фронтов, издается исторический декрет за подписью В. И. Ленина: «все лечебные местности и курорты, где бы таковые ни находились, со всеми землями, лесами, водными пространствами, сооружениями и недвижимостью составляют народное достояние, переходят в собственность республики и используются для лечебных целей». В связи с декретом все курортное дело объединяется в ведении Наркомздрава.

Замечательным документом эпохи, свидетельствующим о великом гуманизме советской власти, о том значении, которое придавал В. И. Ленин советским курортам, является декрет, изданный 20 декабря 1920 г. тотчас после изгнания Врангеля из Крыма.

Этот документ войдет также в историю, как образец героической борьбы за организацию лечения и отдыха рабочих и крестьян в годы войны и голода.

«Благодаря освобождению Крыма Красной армией от господства Врангеля и белогвардейцев открылась возможность использовать целебные свойства Крымского побережья для лечения и восстановления трудоспособности рабочих, крестьян и всех трудящихся Советских республик, а также для рабочих стран, направляемых Международным советом профсоюзов в санатории и курорты Крыма, бывшие раньше привилегией крупной буржуазии.

Прекрасные дачи и особняки, которыми пользовались раньше крупные помещики и капиталисты, дворцы бывших царей и великих князей должны быть использованы под санатории и здравницы рабочих и крестьян.

Для приведения этого в исполнение Совет народных комиссаров РСФСР по соглашению с Совнаркомом УССР и Ревкомом Крыма постановляет:

1. Обязать Народный Комиссариат Здравоохранения открыть в кратчайший срок санатории в Крыму с таким расчетом, чтобы в январе было открыто 5000 коек, весной 25 000 коек. Наблюдение за отбором больных рабочих, а также за размещением их в санаториях Крыма возложить на ВЦСПС совместно с Наркомздравом, поручив им привлечь к этой работе представителей профсоветов Петрограда, Москвы, Иваново-Вознесенска, Харькова и Донбасса.

2. Наркомпроду немедленно обеспечить санатории достаточным количеством продовольствия по санаторным нормам, выработанным Наркомздравом с Наркомпросом; санатории должны быть обеспечены постоянно месячным запасом продовольствия.

3. Наркомпути принять меры к срочному продвижению санаторных поездов как для доставки, так и для эвакуации больных по первому требованию Наркомздрава в размерах, определяемых Наркомздравом с Высшим Советом по перевозкам.

4. Главтопу снабдить санатории топливом на все зимнее время.

5. ВСНХ, по согласованию с Наркомздравом, принять меры к действительному обеспечению управления курортами в городе Симферополе достаточным количеством автомобилей, используя для этого в первую очередь трофейное имущество, захваченное у Врангеля.

6. Наркомзему, по согласованию с Наркомздравом, обеспечить санатории и курорты молочными фермами, а также виноградниками и огородами как для проведения трудового режима в санаториях и здравницах, так и для улучшения питания больных; в первую очередь должны быть использованы бывшие царские виноградники при Ливадийских дворцах.

7. Ни одно помещение на Крымском побережье, подходящее под санаторию или здравницу или для обслуживания их, гостиницы и т. д., не может быть занимаемо лицами и учреждениями без согласия Наркомздрава или уполномоченных им органов».

В 1920 г. в сеть общегосударственных курортов входят Кавказские минеральные воды, курорты Кубани и Черноморского побережья, Одесские лиманы, Славянск, Тинаки, курорты Сибири (Боровое, Шира, Карачи), кумысолечебные районы — Оренбургский, Новоузенский и Шафрановский.

В 1922 г. начинают функционировать курорты Абхазии (Сухум, Гагры), а в 1923 г. с присоединением курортов Дальневосточной республики (Олентуй, Дарасун и др.) заканчивается собирание общегосударственных курортов. Дворцы, особняки, гостиницы тщательно перестраиваются и приспособляются под санатории и дома отдыха. Создаются поликлиники и ванные здания, ремонтируются и расширяются грязелечебницы, оборудуются театры и клубы. Впервые начинаются работы по восстановлению бальнеотехнического хозяйства, приводятся в порядок многочисленные парки и дороги.

Из года в год растет пропускная способность курортов, и уже в 1925 г. ряд крупнейших курортов оставляет позади довоенные показатели.

На основе крепнущей экономики страны все более отчетливо выявляется специализация курортов, выкристаллизовываются основы современной организации лечебной помощи и отбора больных на курорты.

Постепенно растет и крепнет советская курортология на базе ряда научно-исследовательских институтов. Научные экспедиции впервые начинают по-настоящему выявлять неисчерпаемые курортные богатства страны.

В восстановительный период начинается еще незначительное по своему объему новое курортное строительство. В годы двух сталинских пятилеток оно стремительно растет, наступает период небывалого развития и расцвета курортов СССР.

К курортному строительству широко привлекаются средства различных ведомств и организаций. По всей стране воздвигаются новые санатории, дома отдыха, растут старые курорты и закладываются новые курортные районы, в частности вблизи индустриальных новостроек (Урал, Сибирь, Дальневосточный край) и в национальных республиках (Казахстан, Бурят-Монголия и др.).

Величественным памятником эпохи является реконструкция наших южных курортов. Строительство Сочи — Мацесты проводится по инициативе и по личным указаниям товарища Сталина и демонстрирует перед всем миром, с какой настойчивостью и быстротой большевики превращают неблагоустроенные курорты царской России в прекрасные здравницы мирового значения.

Строительство Сочи—Мацесты является также образцом для широко развернувшихся работ по реконструкции Кавказских минеральных вод и важнейших курортов Закавказья (Цхалтубо, Абастумани, Боржоми и др.).

Развертывается решительная борьба с многочисленными еще дефектами в постановке лечения, вызванными левацкими антисоветскими теориями о второстепенном значении лечебного дела на курортах. Большая и напряженная работа предстоит по ликвидации последствий преступной деятельности врагов народа, проникших на ответственные участки курортного дела и нанесших большой ущерб различным отраслям курортного хозяйства, в первую очередь гидро-минеральным ресурсам и бальнеохозяйству ряда лучших курортов.

К двадцатилетию Октября курорты приходят также с крупнейшей организационной реформой. Руководство всем курортным делом СССР объединяется в союзно-республиканском Наркомате здравоохранения. Все наши курорты, в соответствии с ценностью их природных целебных факторов, степенью оборудованности и районом обслуживания, подразделяются на курорты общесоюзного, республиканского и местного значения, что дает возможность еще более полно использовать курортные богатства СССР.

Обратимся теперь к важнейшим фактам и цифрам, иллюстрирующим современное состояние наших курортных ресурсов и степень их использования, а равно методы обслуживания больных и отдыхающих.

Курортные ресурсы СССР и их использование

Еще до Октябрьской революции на территории России насчитывались сотни мест, располагающих теми или иными курортными факторами. Так, по данным *Новосельского*, относящимся к 1915 г., «число источников и грязей в России, которые эксплоатируются или эксплоатировались, или же, хотя правильно и не эксплоатируются, но посещаются местными жителями и вообще сколько-нибудь известны, превышает 500, из них наибольшее число (около 120) принадлежит к сернистым, около 100 — к железистым, около 80 — к грязевым курортам, около 60 — к источникам поваренной соли, около 50 — к индиферентным, около 40 — к щелочным, около 20 — к горьким, около 15 — к известковым».

Штанге, приводя данные о лечебных местностях, указывает на существование в царской России 65 морских купаний и 165 кумысолечебных пунктов. Однако царская Россия не имела правильного представления о своих курортных богатствах: подавляющее большинство сведений о курортных местностях базировалось на случайных, непроверенных данных. «Ни в какой другой области медицины печатные труды не составляются с такими предвзятыми намерениями, как в области практической бальнеологии. Создался особый тип курортных монографий, авторы которых стремятся доказать, что данный курорт излечивает от всех болезней во всех стадиях их развития... Авторы этих монографий нередко черпают свое вдохновение у администрации данного курорта. Среди множества таких работ весьма трудно найти несколько десятков работ, заслуживающих внимания и доверия» (*Лозинский*. Бальнеология практического врача. 1915).

Наряду с беззастенчивой рекламой, в интересах частных предпринимателей, крупнейшие и исключительные по своему значению курортные факторы оставались неизвестными.

Всесторонним изучением курортно-лечебных богатств Союза в плановом порядке начали заниматься лишь советские курортные институты. Государственный центральный институт курортологии развернул эти работы с 1926 г. Первоначально клинические группы выезжали на крупные курорты (Сочи—Мацеста, Ессентуки, Железноводск, Евпатория, Ялта) и занимались изучением механизма действия курортных факторов, уточнением показаний для лечения, рационализацией методов бальнеотерапии, разработкой научных обоснований диэтотерапии на курортах и т. д.

Экспедиционная деятельность Центрального института курортологии в 1929—1932 гг.

Год	Число экспедиций	Число обследованных точек	Количество участников
1929	6	13	27
1930	9	62	22
1931	10	280	35
1932	20	300	65

Экспедиции носили преимущественно комплексный характер с участием врачей-курортологов, климатологов, гидрогеологов и физико-химиков. Кроме того, в отдельных случаях привлекались биохимики, молоковеды, зоотехники, геоботаники, инженеры-строители, экономисты и т. д.

Из числа экспедиций следует выделить следующие.

1) Экспедиции на Урал, в Кузбасс и Казахстан. В результате работ этих экспедиций получены богатые материалы, легшие в основу разработанного институтом плана санаторно-курортной помощи в Урало-Кузнецком комбинате.

2) Экспедиции в промышленные районы (в Московскую и Ленинградскую области, Горьковский край). В результате этих экспедиций впервые подверглись комплексному исследованию существующие курорты и ряд новых лечебных местностей.

3) Экспедиции в автономные республики и области. В результате этих экспедиций начато строительство первого в Союзе почечного курорта Байрам-Али, установлена ценность ряда климатических и климато-бальнеологических курортов Киргизии, выявлены также курортные ресурсы Бурят-Монголии, автономной республики Коми, Дагестана и др.

Особо следует отметить всестороннее обследование курорта Грузии Цхалтубо, где летом 1932 г. силами Центрального института курортологии, Тбилисского института курортологии и Пятигорского бальнеологического института под руководством проф. *И. А. Валединского* была развернута обширная работа по научному обоснованию и дальнейшему развитию этого ценного курорта.

Пятигорским бальнеологическим институтом произведено обследование многих лечебных местностей и минеральных источников в Грузии, Азербайджане и Дагестане. Краснодарским институтом изучен ряд горно-климатических станций Северного Кавказа, Томским институтом — некоторые лечебные местности Сибири. Разносторонним экспедиционным обследованием при участии Бальнеологического и Краснодарского институтов изучены лечебные местности Кабардино-Балкарской области и Черноморского побережья.

Изучение курортов сопровождалось во многих случаях гидрогеологическими работами. Проф. *А. Н. Огильви* принадлежит заслуга обоснования гидрогеологической базы Кавказских минеральных вод, Сочи-Мацесты и ряда других городов СССР. Большие работы проведены также молодыми гидрогеологами Центрального института курортологии преимущественно на Урале и в Сибири.

В настоящее время на территории Советского Союза имеется 2980 изученных лечебных местностей.

Количество курортов и лечебных местностей в СССР

Курортов союзного значения	15
„ республиканского и местного значения	174
Лечебных местностей, используемых для курортного лечения	291
Лечебных местностей, обследованных экспедиционным путем	около 2500

Более подробно использование курортных ресурсов СССР характеризуется данными о числе санаторных коек и посещаемости.

Общее число коек в санаториях СССР с 1922 г. по 1936 г. увеличилось больше, чем в шесть раз.

Число санаторных коек на курортах СССР

Год	Число коек
1922	14 647
1928	26 372
1932	66 400
1935	87 775
1936	91 500
1937 (план)	95 000

Большое развитие получила санаторная сеть на Украине и в Закавказье, выросли также курорты и в других союзных республиках (Узбекская ССР, Туркменская ССР).

Значительная часть (а на крупнейших курортах даже подавляющее большинство) санаториев функционирует в течение всего года, что резко повышает их пропускную способность. В связи с этим число больных, обслуживаемых нашими курортами, увеличилось еще в большей мере, чем число санаторных коек, и в двадцать с лишним раз превышает число больных, обслуженных в 1922 г.

Число больных, обслуженных курортами

Год	Число больных (в тысячах)
1922	41,7
1928	295,6
1932	736,2
1937 (план)	878,0

Особо следует отметить рост числа отдыхающих в домах отдыха профессиональных организаций (1 600 000 в 1936 г.). Всего, таким образом, лечится и отдыхает в санаториях и в домах отдыха профессиональных организаций около 2 500 000 трудящихся. Эти цифры, в свою очередь, являются далеко не полными. Помимо домов отдыха профессиональных союзов, десятки тысяч рабочих и служащих отдыхают в многочисленных домах отдыха различных ведомств, в плавучих домах отдыха, на дачах и т. д. Следует учесть также огромный поток туристов (около 6 000 000 чел. в 1935 г., не считая самодеятельных экскурсий).

Курорты и дома отдыха стали достоянием миллионов и прочно вошли в быт трудящихся. Пропускная способность дореволюционных курортов (по данным *Новосельского* в 1913 г. посещаемость русских вод и грязей составила всего 200 000 чел.) не выдерживает никакого сравнения с грандиозным разворотом организованного лечения и отдыха в СССР.

Реконструкция наших курортов потребовала очень больших затрат, причем объем капиталовложений растет небывалыми темпами. Об этом достаточно наглядно говорит следующее сопоставление:

Капиталовложения в курортное строительство

Годы	Сумма капиталовложений	
1923—1933	3 618 000 руб.	
1933—1935	106 000 000 „	(без затрат ВЦСПС и ведомств, а также без внелимитных затрат)
1936	100 400 000 „	(без ведомств)

Итак, за трехлетие 1933—1935 гг. Советская страна имела возможность вложить в курортное дело примерно в тридцать раз больше, чем за предыдущее десятилетие.

Следует учесть, что сверх того за трехлетие 1932—1935 гг. ВЦСПС израсходовано на нужды курортного строительства дополнительно 55 млн. рублей.

Однако и эти данные далеко не являются исчерпывающими. Насколько эти суммы повышаются за счет ассигнований ведомств, видно из того, что только по Сочи—Мацесте предположено в 1937 г. израсходовать 140 000 000 рублей.

Замечательны также данные, характеризующие рост расходов на курорты, санатории, дома отдыха и туризм по бюджету социального страхования:

1929 г. . . . . 41 600 000 руб.
1936 „ . . . . 675 000 000 „

Иными словами, эти расходы за годы сталинских пятилеток возросли более, чем в шестнадцать раз.

Исключительные темпы развития советских курортов еще ярче выделяются на фоне деградации курортного дела в странах Запада. В этом отношении очень интересно сопоставление с Германией

Пропускная способность германских курортов значительно снизилась против 1913 г.

Данные, приведенные для крупнейших курортов Германии, типичны для большинства курортов капиталистической Европы. Вот почему необычайное развитие курортного дела в нашей стране вызывает изумление среди иностранцев.

«Ваши санатории, ваши дома отдыха, рассыпанные по всей стране и доступные тысячам трудящихся, превосходят все, о чем можно мечтать в этой области», пишет член IV Международного антиревматического

Число больных, обслуженных главнейшими германскими курортами

Наименование курортов	Годы	
	1913	1931
Гамбург	12 157	9 475
Киссинген	35 243	23 533
Наугейм	34 951	24 568
Висбаден	85 151	31 416

конгресса *Каутерман* (Бельгия). Десятки отзывов других крупнейших иностранных авторитетов в области медицины говорят об этом в восторженных выражениях.

Социальный отбор больных на курорты являлся на протяжении ряда лет коренным вопросом курортной политики. Задача состояла в том, чтобы оградить курорты от проникновения капиталистических элементов, сохранявших еще те или иные позиции в первый период нэпа. Задача состояла также в том, чтобы обеспечить курортным лечением и отдыхом, в первую очередь, рабочих с производства и приравненные к ним группы трудящихся. Об успешном разрешении этой задачи говорит тот факт, что уже с 1928 г. нетрудового элемента на наших курортах не было, в 1935 г. рабочие и приравненные к ним группы составляли около 80% общего числа пользовавшихся лечением и отдыхом в советских здравницах.

В настоящее время, в результате решающих побед социалистической экономики, необходимость распространения путевок по социальному составу отпадает.

Основные проблемы курортного строительства

Государственный характер курортно-лечебной помощи в нашей социалистической стране дает возможность осуществлять единство плана в использовании курортных ресурсов, совершенно невозможное в условиях капиталистических стран.

В соответствии с принятыми показаниями для лечения все наши курортные ресурсы могут быть подразделены на следующие основные группы:

1) курорты с крепкими сульфидными водами (с большим содержанием сероводорода); 2) радиоактивные курорты; 3) питьевые курорты; 4) углекислые курорты; 5) курорты тепловые, к которым относятся грязевые, рассольные с минерализацией выше 50 г на литр, термальные, с малым содержанием сероворода и некоторые другие; 6) курорты климатические (приморские, горные и предгорные, кумысолечебные и пр.).

Курорты первой группы (типа Мацесты), используемые в основном для лечения комбинированных форм заболеваний сердечно-сосудистой системы с заболеваниями суставов, периферической центральной нервной системы, обмена и гинекологическими — принадлежат к наиболее дефицитным во всех странах.

До Революции из сероводородных курортов эксплоатировались преимущественно только Сергиевские минеральные воды (Куйбышевский край), отчасти Пятигорск. Мацеста, располагавшая тогда еще небольшим дебитом воды, начинала только приобретать известность. Гидрогеологическими работами советских ученых выявлены крепкие сульфидные воды в трех основных районах: в Приуралье, на Кавказе и в Крыму. Следующая таблица, составленная проф. *В. А. Александровым* и проверенная проф. *С. А. Щукаревым* и химиком *Палеем*, дает понятие о количестве сульфидов, общей минерализации и температуре главнейших источников.

Количество сульфидов, общая минерализация и температура главнейших источников

Наименование источников	Сумма сульфидов (в кг)	Свободной H_2S (мг в литре)	Гидросульфида H_2S (мг в литре)	Общая минерализация	Температура
Краснокамск[1]	963	533	430	236	6°
Талги	430	283	147	5	38°
Сарабикулово	310	164	146	2	7°
Мацеста	270	160	110	12	26°
Чокрак	223	134	89	28	холодная
Каякент	147	120	27	3	48°
Ключи	145	48	97	3	7°
Менджи	127	68	59	17	19°
Псекупск	123	46	77	3	56°
Агура	118	47	71	6	26°
Сергиевск	76	33	43	3	8°
Сураханы	71	46	25	10	18°
Пятигорск (для сравнения)	10	10	—	5	46°

По данным проф. *В. А. Александрова*, источники СССР превосходят все наиболее крепкие сульфидные воды, находящиеся за рубежом: в Сольдорфсоле (Германия) сумма сульфидов в одном литре 357 мг, в Бруссе (Турция) — 312, в Шалле (Франция) — 213, в Стабило (Италия)—109, в Гэрроген (Англия)—107 мг. Исключительное разнообразие наших сульфидных ресурсов позволяет с невиданной широтой и размахом разрешить проблему использования сероводородных курортов.

Из наших сероводородных курортов получили развитие: Талги (в 18 км от г. Махач-Кала, на высоте 265 м над уровнем моря), Ключи (Свердловская область, в 40 км от жел.-дор. станции Кунгур) и Сергиевские минеральные воды (Куйбышевский край, в 120 км к северо-востоку от г. Куйбышева). Менджи (Грузия) и Сураханы (Азербайджан) имеют все данные для развития в масштабе соответствующих республик. Большая будущность принадлежит Чокраку (Крым), Краснокамску (Приуралье) и Сарабикулову (Татарск. респ.) после окончания гидрогеологического и клинического их изучения. Однако лучшим из наших сероводородных курортов несомненно является Мацеста, расположенная на берегу теплого Черного

[1] Буровая в настоящее время забита (зацементирована).

моря и сочетающая могущественные бальнеологические ресурсы с климатом субтропиков, а также с необычайной живописностью всего района. По совокупности своих лечебно-курортных факторов Мацеста не имеет аналогов во всем мире.

В статье *П. И. Боклевского* «Кричащие потребности Сочи» дано следующее описание центральной части этого курорта, относящееся к 1915 г.:

«Часть этой площади, расположенная ближе к морю, застроена всевозможными торговыми заведениями, тут же расположены базарные площади, скопляется масса людей, лошадей и буйволов, дающих, разумеется, огромное количество всяких отбросов и нечистот; жилых домов здесь немного, но дальше от моря, на той же мели по левому берегу Сочи расположен целый городок обывательских домов с весьма густым населением, так как именно здесь, главнейшим образом, ютится на ночлег и находит себе пропитание рабочий люд, обслуживающий все Сочи со всеми приезжающими сюда посетителями. В этих местах сильно развита малярия и, несомненно, здесь главный местный источник этого общего бича приморских городов Кавказа».

Как далек этот захолустный городишко от нынешнего первоклассного курорта, занимающего огромный район от Мамайки и включая Хосту. Узкая извилистая дорога уступила место прямой, как стрела, асфальтово-бетонной дороге шириной в 12—15 м, окаймленной тротуарами, зелеными насаждениями и оборудованной по последнему слову техники. Эта дорога служит основной магистралью, от которой ответвляются также превосходные дороги на Старую Мацесту, на гору Ахун и др.

Замечательным украшением курорта является пешеходная тропа вдоль берега моря, оформленная лучшими архитекторами нашего Союза. Тысячи автомобилей и морские катера связывают отдельные части Сочинского района, а для сообщения с соседними районами широкое применение получили также аэропланы.

В 1915 г. водовозам, разрешавшим в основном проблему водоснабжения Сочи, приходилось «по получасу и более ждать своей очереди у общественного колодца... и население довольствуется самыми примитивными отхожими местами» (*Боклевский*).

В настоящее время закончены крупнейшие водопроводные и канализационные сооружения. Построена тепловая электростанция и сооружается гидроэлектростанция на реке Сочи.

Большое внимание уделено зеленым насаждениям. Построены крупный холодильник, сеть кафе, магазинов, строится большой театр, порт и ряд других зданий и сооружений.

Наряду с работами по благоустройству, по указанию правительства, сооружаются большие ванные здания на Мацесте и Агуре, оборудованные по последнему слову техники.

Два санатория насчитывалось в Сочи до Революции, а в настоящее время — свыше 60 санаториев и домов отдыха.

Сочи—Мацеста последние годы обогатились такими первоклассными санаториями, как санаторий РККА им. Ворошилова, санаторий Наркомтяжпрома, ряд новых санаториев в районе Новые Сочи и многие другие.

О размахе, с которым осуществляется строительство курорта, достаточно красноречиво говорит также и размер капиталовложений — около 400 млн. руб. за вторую пятилетку.

Об этом же говорят также и следующие данные о росте числа больных и отдыхающих на курорте.

Число больных и отдыхающих на курортах Сочи – Мацеста

Год	Число больных и отдыхающих
1920	10 956
1937	85 200

Перечисленные работы по реконструкции Сочи—Мацесты являются лишь началом осуществления грандиозного генерального плана, утвержденного партией и правительством. Недалеко уже то время, когда Сочи-Мацестинский район вместит 25 000 коек и будет обслуживать ежегодно около 225 000 человек.

Радиоактивные курорты, как известно, приближаются по своим показаниям к сероводородным. По инициативе товарища Сталина лучший радиоактивный курорт нашего Союза Цхалтубо (в 17 км от Кутаиси) призван стать образцовым курортом этого типа.

Сейчас здесь, в основном, закончены большие гидротехнические и дорожные работы, приступлено к строительству нового ванного здания, строятся санаторий, гостиница и т. д.

Быстро развивается также курорт Белокуриха в живописных предгорьях Алтая (термальные — 32°, радиоактивные — до 66 единиц Махе — источники), призванный обслуживать Западную Сибирь, Восточный Казахстан и ближайшие к ним районы других областей.

Из числа радиоактивных курортов большие перспективы для развития имеет также Джаты-Огуз (Киргизская ССР).

Мощной радиоактивной базой Союза является Пятигорск, гидро-минеральные ресурсы которого получили в последние годы значительное развитие.

Важнейшие углекислые и питьевые курорты СССР сосредоточены в районе Кавказских минеральных вод — этом непревзойденном комбинате целебных сил природы.

Только за последние годы проф. *А. И. Огильви* открыт ряд новых, весьма ценных источников. Помимо получения радиоактивной воды со значительным количеством эманации радия в Пятигорске, о чем мы упомянули выше, в Кисловодске получена сульфатная, сильно насыщенная углекислая вода — так называемый «Нестроцветный Нарзан», в Пятигорске — у подножия горы Машук — минеральная вода, приближающаяся к типу ессентукских источников (№ 17—18) с температурой + 32° С. В Ессентуках вновь открытый источник сероводородно-щелочной воды дает громадный дебит — полмиллиона литров в сутки. Гидрогеологические работы продолжаются, и несомненно к существующим минеральным источникам скоро прибавятся новые, не менее ценные воды.

О том, как широко используются нами природные богатства Кавказских минеральных вод, говорят следующие данные о количестве лечившихся больных:

1913 г.	1922 г.	1935 г.
38 611	8 270	195 256

Сейчас Кавказские минеральные воды вступили в период коренной реконструкции по образцу Сочи—Мацеста.

Как по объему, так и по сложности работ, связанных с превращением старых курортов-городов в социалистические здравницы, реконструкция Кавказских минеральных вод представляет собой событие, далеко выходящее за рамки курортного дела в нашей стране.

На одно только санитарно-техническое строительство этого громадного района потребуются десятки миллионов рублей. В настоящее время уже ликвидирован недостаток воды и приступлено к дальнейшему разрешению проблемы водоснабжения. Закончено также строительство ряда крупных канализационных сооружений. Пуск Баксанской гидроэлектростанции позволил электрифицировать Минераловодскую железнодорожную ветвь, что сокращает на одну треть время поездки от ст. Минеральные воды до Кисловодска. Постройка тепловых станций сократила недостаток в электроэнергии на курортах. Программа насаждений предусматривает посадку нескольких сотен тысяч деревьев; реконструирован ряд центральных улиц Кисловодска.

Широко развернулось также строительство новых санаториев (только в последние годы в Кисловодске выстроено 10 санаториев). Однако темпы благоустройства Кавказских минеральных вод признаны правительством все еще не достаточными. Приняты меры к тому, чтобы еще шире развернуть санитарно-технические работы, строительство усовершенствованных дорог, новых парков, новых ванных зданий и других сооружений.

Наибольший удельный вес в системе курортов Кавказских минеральных вод имеет Кисловодск — углекислый курорт СССР, обслуживающий более половины общего числа посетителей Кавказских минеральных вод. Пропускная способность Кисловодска возросла с 8691 посещения в 1913 г. до 103 748 — в 1935 г.

Существенным достижением курортного дела является развитие сибирского Кисловодска — курорта Дарасун (Восточная Сибирь), уже сейчас обслуживающего около 3000 больных в год.

К числу функционирующих углекислых курортов относятся также Шиванда и Ямаровка (Восточная Сибирь), которые вместе с Дарасуном могут полностью обеспечить потребности Сибири и Дальнего Востока, а также курорт Арзни (Армения). Все эти курорты, в свою очередь, дают возможность полностью разрешить проблему углекислых курортов СССР. Вместе с тем мощным резервом остаются такие углекислые источники, как «Долина Нарзанов» вблизи Кисловодска, горные углекислые источники вблизи Эльбруса (Адыл-Су), Красной Поляны, в горах Абхазии и пр.

Питьевые курорты Кавказских минеральных вод (в первую очередь Железноводск и Ессентуки), Боржоми (Грузия), Аршан (Бурят-Монголия), Нижние Серги (Свердловская область), Ижевск (Татарская республика), Кранинка (Московская область), Пескунск (Азово-Черноморский край) и вновь открытая Белая Горка — это далеко не полный перечень курортов, на базе которых с успехом разрешается проблема питьевых курортов в СССР.

В качестве иллюстрации приводим следующие данные о развитии Железноводска.

Обслужено больных и отдыхающих

1913 г.	1932 г.	1935 г.
5232	611	21 274

Большой интерес представляет также курортное строительство ВЦСПС в Боржоми; 250 коек уже вошли в эксплоатацию, строительство еще 250 коек заканчивается.

Тепловые курорты являются в настоящее время наиболее распространенными в нашем Союзе. Нет уже почти ни одного края или области, которые не обладали бы курортом подобного типа.

В последние годы основные усилия были сосредоточены на реконструкции тепловых здравниц и на всемерном улучшении качества коек.

Климатические богатства СССР исключительно разнообразны: климаты южных морей и субтропиков, климаты предгорья и горных высот, умеренные климаты равнин средней полосы и климаты Арктики — все они имеются в пределах нашей великой страны. Наиболее ценными, изученными и освоенными климатическими курортами следует признать Южный берег Крыма (Ялта, Мисхор, Алупка, Симеиз и их районы), Гульрипш (Сухуми), Абастумани, Делижан, район Теберды, Шафраново, Боровое. Из климатических курортов, имеющих особенно благоприятные данные для лечения детей, следует выделить Евпаторию и Анапу.

Развитие климатолечения характеризуется хотя бы тем, что в царской России *Штанге* насчитывал всего 20 туберкулезных санаториев для взрослых и 16 для детей, а теперь сеть туберкулезных санаториев (включая местные санатории) насчитывает свыше 45 000 коек.

Однако, несмотря на громадное развитие, косная сеть климатических курортов требует еще дальнейшего расширения.

Ввиду отсталости сети горно-климатических станций, предстоит развитие в первую очередь Абастумани, района Теберды, Армхи.

Из кумысолечебных курортов в первую очередь расширяются Боровое и Шафраново, где начато уже новое строительство.

В качестве детского показательного курорта получает развитие, по постановлению правительства, Евпатория, где начато строительство первоклассного детского санатория.

По постановлению правительства, в первую очередь предстоят крупнейшие работы по реконструкции Крымского побережья.

Следует особо подчеркнуть, что перечисленные выше достижения в использовании наших курортных богатств не должны заслонять еще очень и очень многочисленные дефекты курортного дела, его резкое отставание от основных отраслей народного хозяйства и растущих культурных потребностей трудящихся нашей страны.

Научно-исследовательская работа и организация обслуживания больных на курортах

Дореволюционная Россия оставила в наследство советской курортологии лишь несколько неосуществленных проектов организации бальнеологического института (проект 1898 г., проект 1912 г. и др.). Первое научно-курортное учреждение создано в 1920 г. (Бальнеологический институт в Пятигорске).

К двадцатилетию Октября наша страна приходит с развернутой системой курортных научно-исследовательских учреждений. В РСФСР, помимо Бальнеологического института в Пятигорске, функционируют

следующие научно-курортные учреждения: Центральный институт курортологии в Москве, Клинический институт им. Сталина в Сочи, Институт медицинской климатологии и климатотерапии в Ялте, Институт физиотерапии им. Сеченова в Севастополе. Научно-исследовательскую работу в области курортологии ведут в Ленинграде Физиотерапевтический институт, в Свердловске — филиал Центрального института курортологии и в Томске — Институт физиотерапии и курортологии.

К числу научно-клинических учреждений относятся также клинический санаторий им. Семашко в Евпатории, клинический санаторий «Крепость» в Кисловодске (Цусстрах) и детский санаторий им. Боброва в Алупке.

В Украинской ССР — Институт курортологии и физиотерапии в Одессе.

В Грузинской ССР — Институт курортологии и физиотерапии в Тбилиси.

В Армянской ССР — Институт курортологии и физиотерапии в Ереване и др.

Перечисленные учреждения насчитывают в своем составе многочисленные клиники и лаборатории. Центральный институт курортологии обогатился новым, специально выстроенным, зданием, оборудованным по последнему слову техники. Широко и разносторонне оснащается также Клинический институт в Сочи, возникший по инициативе товарища Сталина. Создание этого института является одним из крупнейших достижений советской курортологии.

Мощная материально-техническая база наших курортных институтов сочетается с наличием кадров высококвалифицированных работников, выросших и окрепших в борьбе за советскую курортологию. Замечательной особенностью наших научно-курортных учреждений является комплексная разработка проблем, основанная на синтезе курортологии, естественных наук и техники.

К двадцатилетию Октября мы приходим с обширными знаниями в области курортографии, позволяющими развернуть практически широкое курортное строительство. В области клиники — в тесном содружестве с физиологами, физиками, химиками и климатологами — проведена большая работа по научному обоснованию методов лечения на курортах, разработке проблемы эффективности курортного лечения и выработке диференцированных показаний и противопоказаний.

Большое народно-хозяйственное значение имеют работы, связанные с проблемой применения курортных факторов во внекурортной обстановке. Одной из заслуг советской курортологии, несомненно, является то, что грязелечение и искусственные сероводородные ванны получили широкое распространение в промышленных центрах нашего Союза.

На базе Центрального института курортологии развернута планировка наших курортов, являющаяся завершающим этапом всех предшествующих научно-исследовательских работ в области курортологии. Проекты реконструкции крупнейших курортных районов — Сочи — Мацесты, Южного берега Крыма, Евпатории — Саки — разработаны и разрабатываются при непосредственном участии клиник, отделов и лабораторий Института специальными проектными организациями. Большинство проектных планировок других курортов разработаны Центральным институтом курортологии. Так, закончена разработка проекта планировки Борового, Сергиевских минеральных вод, Белокурихи, Дарасуна, Аршана, Хилова и Ижевска. Ведутся также работы по планировке долины Мацесты, Шафранова, Варзи-Ятчи и других курортов.

Большая работа проведена также по проектированию курортных учреждений. Ряд ванных зданий, грязелечебниц, санаториев и аэросолярием строится по проектам, разработанным при участии научных работников различных специальностей. Из числа строящихся зданий особо заслуживают быть отмеченными: ванное здание на Старой Мацесте на 80 ванн, ванное здание на Агуре — 100 мест, санаторий в Шафранове, санаторий вблизи Казани, грязелечебница в Карачах и др.

В процессе планировочных и проектных работ разрешается сложный вопрос о медицинском профиле курортов, о методах организации обслуживания больных и отдыхающих, а также о рациональном устройстве ряда технологических процессов (подача сероводородной воды, нагрев грязи и т. д.). Очень ответственной задачей при этом является разработка различных планировочных и проектных норм и типовых проектов.

Особо заслуживает быть отмеченной работа курортных институтов по подготовке и переподготовке сотен курортных врачей и других специалистов.

В настоящее время эта работа развернулась на базе Центрального института усовершенствования врачей и ряда курортных институтов (Пятигорск, Сочи, Ялта).

Однако, коренным недостатком является то, что курортные институты и клиники зачастую не связываются с повседневной практической жизнью курортов, не проявляют должного интереса к применению своих теоретических достижений на практике.

Отсутствие достаточной систематической связи между отдельными институтами и клиниками до самого последнего времени препятствовало координации их научной проблематики, а также обмену опытом между институтами.

Для устранения этих дефектов создан в 1936 г. Центральный научно-курортный совет при Центральном институте курортологии. В состав Совета вошли 35 крупнейших специалистов в области курортной науки и опытнейших работников курортного дела.

Переходя к вопросам организации обслуживания курортных больных, следует, в первую очередь, остановиться на вопросах медицинского отбора.

Медицинский отбор протекает в соответствии с постановлением V Всесоюзного курортного съезда: «показанными для лечения являются только те больные, которые с точки зрения современного состояния знания дают наибольшую вероятность стойкого восстановления трудоспособности по сравнению со всеми методами лечения на местах».

За истекшие годы проведен ряд мероприятий, для того чтобы улучшить качество медицинского отбора. Выпуск руководства по курортологии, справочников по отбору, проведение курсов для врачей отборочных комиссий в центре и на местах — все это, несомненно, сыграло свою роль и способствовало снижению процента противопоказанных больных на наших курортах.

Значительно хуже обстоит дело в отношении так называемых «непоказанных» и «малопоказанных»

больных, которые еще в большом количестве без всякой нужды занимают санаторные койки.

Устранить и эти дефекты является очередной задачей медицинского отбора. Большая работа предстоит также в деле закрепления результатов курортного лечения путем систематического наблюдения и лечения на месте постоянного жительства больного.

Основными формами медицинского обслуживания на наших курортах являются: а) стационарное (санаторное) и б) амбулаторное обслуживание.

Высшей формой, обеспечивающей больному полностью необходимое медицинское наблюдение и лечение, является санаторий, специализированный применительно к контингентам больных.

Санатории, как правило, обеспечены возможностью пользоваться различными лечебными установками и чаще всего квалифицированной консультацией врачей различных специальностей. Лечебная методика в санаториях основывается на приближении лечебной помощи к больному, обязательной индивидуализации при использовании курортных факторов и проведении санаторного режима, применении лечебного питания, лечебной физкультуры, определенной системы санитарного просвещения и культурного развлечения, обязательном обеспечении санитарных норм площади и объема помещений.

Плановое проведение всех этих мероприятий действует дисциплинирующим образом, способствует усвоению определенных гигиенических навыков, повышающих эффективность курортного лечения и закрепляющих его стойкость. Еще далеко не все санатории могут гордиться образцовой постановкой медицинского дела, тем не менее борьба за лучшее обслуживание больного ведется изо дня в день и дает свои результаты.

Следует отметить резкое повышение удельного веса санаторных больных в общем числе посетителей курортов, как это видно из следующих цифр:

1913 г.	1937 г.
1,5%	73,7%

Амбулаторная форма обслуживания больных претерпела за истекшие годы много изменений, и больной в настоящее время обеспечивается в организованном порядке врачебным наблюдением, лечением и питанием, а часто и жильем.

Таким образом, амбулаторное обслуживание сейчас стоит неизмеримо выше, чем на дореволюционных курортах, когда больной был целиком предоставлен «собственному попечению» — вернее, частным хозяйчикам и частно-практикующим врачам.

Особенностью последних лет является создание новых видов амбулаторного лечения на базе ряда курортных гостиниц в Сочи, Кисловодске, Гаграх, Ялте и др. Почин в этом направлении принадлежит хозяйственному управлению ЦПК'а и целиком себя оправдал, как соединяющий в себе преимущества санаторного обслуживания с возможностью применения по мере надобности более свободного режима и проживания на курорте совместно с семьей.

На очереди — дальнейшее улучшение медицинского обслуживания курортных больных.

Сроки пребывания больных на курортах пересматриваются с тем, чтобы полностью обеспечить достижение стойкого лечебного эффекта. Это особенно важно для туберкулезных санаториев, где недостаточный срок (1½—2 месяца) часто осложняет ход лечения.

Улучшается техническое оснащение санаториев, строятся новые ванные здания, грязелечебницы, поликлиники, устраняются санитарно-технические дефекты санаториев и домов отдыха, а также расширяются работы по благоустройству их территории.

Особое внимание обращено на содержание кантажей, разводку минеральной воды по бюветам и бальнеоучреждениям, а также на другие процессы, связанные с использованием минеральной воды (нагрев и пр.).

Устанавливается регулярный врачебный надзор над постановкой медицинского дела во всех курортных учреждениях.

Повышение квалификации кадров медицинских работников сопровождается обучением новых курортных кадров.

Заканчивая наш обзор, мы можем с гордостью констатировать, что за двадцать лет пройден громадный путь от частновладельческих буржуазных курортов царской России к первоклассным курортам социалистической страны. На этом пути далеко позади остались не только дореволюционные курорты России, но и современные курорты Западной Европы. Вместе с тем победы курортного дела в СССР демонстрируют перед всем миром, как практически осуществляется в нашей стране записанное в Сталинской Конституции право на отдых, о котором не могут еще и мечтать наши братья по классу в зарубежных странах.

Оглядываясь на пройденный путь, подытоживая наши достижения, мы можем с уверенностью сказать, что наши курорты поднимутся на еще более высокую ступень, на уровень передовых отраслей нашего хозяйства, на уровень все растущих культурных запросов масс.

УСПЕХИ СОВЕТСКОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ

Проф. *Е. Т. Залкиндсон* (Ленинград)

Советская физиотерапия — детище Октябрьской социалистической революции.

От частных водо-светолечебниц, обслуживавших русскую буржуазию, от немногочисленных кабинетов военных лазаретов и госпиталей царской армии физиотерапия сразу после Великого Октября выходит на новые пути, пути оздоровления трудящихся нашей необъятной социалистической родины.

Первый период советской физиотерапии определялся собиранием доставшейся нам от дооктябрьского периода аппаратуры и немногочисленных кадров специалистов, организацией новых и коренной реорганизацией старых физиотерапевтических центров. К этому периоду относится организация Ленинградского, Томского, Московского физиотерапевтических институтов.

Постепенно развиваясь все шире и шире, пополняя свои немногочисленные ряды советской врачебной молодежью, освобождаясь от импорта заграничной аппаратуры, советская физиотерапия с 1925—1926 гг. вступает на новый этап, который знаменуется началом массового обслуживания трудящихся физическими методами лечения.

Физиотерапия внедряется в систему заводских и фабричных закрытых амбулаторий, поликлиник, домов отдыха, санаториев; организуются многочисленные физиотерапевтические лечебницы в национальных республиках, краях и областях, а также на новостройках.

Третий период советской физиотерапии, в который мы вступили относительно недавно, характеризуется попыткой подойти с помощью физических методов лечения к терапии острых и инфекционных заболеваний (рожа, брюшной и сыпной тифы, скарлатина, корь, гемоколит, хирургические инфекции, пневмония, нефриты, гаймориты и т. д.).

Новые задачи, поставленные перед советской физиотерапией, потребовали и новых организационных форм работы. Старый лозунг «больной — к физиотерапевтическому аппарату» заменяется новым: «физиотерапевтический аппарат — к постели больного, в больницу, на дом».

Явилась необходимость конструирования новой портативной и подвижной физиотерапевтической аппаратуры; при научно-исследовательских институтах и при кафедрах физиотерапии институтов усовершенствования врачей организуются систематические и многочисленные курсы для врачей различных клинических специальностей и для медицинских сестер; к делу практической физиотерапевтической помощи привлекаются лечащие больничные врачи и организации квартирной физиотерапевтической помощи.

Для того чтобы представить себе грандиозность роста физиотерапии у нас в Союзе, приведу лишь небольшой цифровой материал по РСФСР: [1]

в 1918 г.	18	учреждений
„ 1932 „	497	„
„ 1934 „	1116	„
в 1927 г. отпущено	5 000 000	физиотерапевтических процедур
„ 1933 „ „	30 000 000	„ „

В 1935 г. в 2256 городских стационарных учреждениях по РСФСР 50% коек обеспечены физиотерапевтической помощью, из 100 амбулаторных посещений в РСФСР 16 падает на физиотерапевтические процедуры. По данным 1933 г. в РСФСР насчитывалось 1400 врачей-физиотерапевтов. Для иллюстрации развития физиотерапии в отдаленных национальных республиках приведу данные о состоянии физиотерапевтической помощи в Узбекской ССР: до Октябрьской революции — 3 примитивных частных кабинета с 3 врачами; в 1935 г. — 52 физиотерапевтических учреждения со 150 врачами.

Однако физиотерапия еще отстает от значительно возросших потребностей трудящихся масс города и села.

Физиотерапевтические учреждения, отделения и кабинеты распределены неравномерно как в республиках, краях и областях, так и в отдельных центрах, районах и городах. Имеющаяся сеть не соответствует удельному весу того или иного промышленного и сельскохозяйственного района или центра.

Кадры физиотерапевтов недостаточны. Нашим медицинским институтам, институтам усовершенствования врачей и физиотерапевтическим институтам предстоит еще многое сделать, памятуя слова товарища Сталина, сказанные им на XVII партийном съезде: «Это большой недостаток, граничащий с нарушением интересов государства. С этим недостатком надо обязательно покончить. И чем скорее будет сделано это, тем лучше».

Физиопрофилактика до сего времени представлена крайне слабо. Этому важнейшему разделу нашей работы уделено недостаточное внимание.

Физические методы терапии в сельских местностях мало распространены.

Использование физиотерапии в лечебно-профилактических учреждениях детского сектора, а также в больничных и стационарных учреждениях еще недостаточно.

Научно-исследовательская работа резко отстает от практического использования физических факторов. Это отставание должно быть как можно скорее изжито.

Просматривая нашу периодическую прессу, отдельные сборники и издания (Ленинградского, Московских, Севастопольского, Одесского и других институтов), можно сделать несколько общих выводов о наших научных достижениях в области физиотерапии:

1) накоплены многочисленные клинические данные о терапевтическом влиянии различных физических факторов, особенно же ультрафиолетовой радиации, диатермии, ионтофореза — при внутренних, нервных, хирургических, детских, женских, кожных, ушных, глазных и других заболеваниях;

2) экспериментально изучено влияние физических агентов на больной и здоровый организм;

3) широко разработаны вопросы, связанные с использованием курортных факторов во внекурортной обстановке, как, например, грязелечение, торфолечение, искусственная гелиотерапия, искусственные углекислые и сероводородные ванны, шлаковые воды и т. д.;

4) изучен целый ряд новых методов физической терапии, как, например, аэроионизация, короткие, ультракороткие волны, лучи Букки и т. д.;

5) экспериментально разработан и практически освоен ряд комбинированных физиотерапевтических мероприятий, как, например, диатермо-ионтофорез, диатермо-грязе- и глинолечение, грязе- и глино-ионогальванизация, ионо-дарсонвализация и т. д.;

6) клинически и экспериментально изучены и практически реализуются методы физиопрофилактики в так называемых фотариях, гидрофотариях, хлорных камерах и т. д.;

7) изучено биологическое и терапевтическое влияние и действие глины, торфа, сапроколла и сапропеля как факторов, могущих заменять грязелечение, особенно в сельских местностях;

8) разработан ряд организационных и практических вопросов, связанных с использованием физических факторов на предприятиях ведущих отраслей промышленности, на селе, на транспорте, на новостройках, на крайнем Севере и т. д.;

[1] Данные взяты из трудов III Всесоюзного физиотерапевтического съезда. Киев 1937.

9) используются некоторые факторы физической терапии (ультрафиолетовые лучи, диатермия) при лечении острых и инфекционных заболеваний, например рожи, ревматизма, пневмонии, нефрита, гриппа, хирургических инфекций, скарлатины, кори и т. д.;

10) с помощью ультрафиолетовых и рентгеновых лучей проводятся профилактические мероприятия при бациллоносительстве (дифтерия, стрептококк);

11) применительно к физиотерапии используется учение о нервной трофике, об адаптационно-трофической роли симпатической нервной системы, учение об аллергии; изыскиваются новые пути и методы объективного учета влияния и терапевтического действия физической терапии и профилактики (физиодиагностика).

Характерным для современных физиотерапевтических научных исследований является стремление осветить механизм действия физических факторов на больной и здоровый организм под углом зрения общей патологии, неврофизиологии, биохимии, биофизики и иммунобиологии. Изучение это, проводимое как в клинических, так и экспериментальных условиях, в основном шло в следующих направлениях.

1. Изучалось влияние физических факторов на нервную систему, особенно вегетативную (школы проф. *Щербака, Брушгейна,* проф. *Киричинский, Марков, Рахманов, Н. Попов* и др.). Результатом многочисленных работ в этом направлении явились: вегетативно-рефлекторные методы физиотерапии проф. *Щербака* (гальванический, грязевой, ультрафиолетовый, диатермический и другие воротники, пояса, трусики и т. д.), нервно-трофический и невро-гуморальный подход к физической терапии *(Залькиндсон, Звоницкий)*.

2. Изучалось десенсибилизирующее влияние физической терапии при так называемых аллергических состояниях и заболеваниях (ревматизм, бронхиальная астма, пневмонии, нефриты и др.). Большой клинический и экспериментальный опыт, накопленный в этом направлении, создает все предпосылки к широкому использованию физических методов десенсибилизации (например ультрафиолетового облучения, грязелечения и др.).

3. Изучалось влияние физической терапии на тканевой обмен и гемодинамику (Одесский, Московский областной, Ленинградский, Севастопольский институты), причем обнаружились значительные возможности в этом отношении.

4. Изучение влияния физических методов лечения на систему ретикуло-эндотелия (проф. *Могильницкий*, доц. *Бродерзон, Теплов, Залкинд* и др.) создает все предпосылки к использованию этих раздражителей для повышения сопротивляемости организма.

5. Изучение действия физических факторов на железы внутренней секреции (*Щербак, Клячкин, Зальжиндсон* и др.) убеждает в возможности применения физиотерапии при явлениях пониженной или повышенной деятельности отдельных эндокринных желез.

6. Изучение влияний физической терапии на острые и инфекционные процессы (*Аникин, Керсанов, Магазаник* и др.) открывает перед нами широкие возможности использования всего арсенала методов физиотерапии в различных клиниках, особенно же внутренней, хирургической, инфекционной и детской.

Значительно расширившийся диапазон работы, охватывающей клинику, эксперимент, физику, технику и ряд других смежных дисциплин, настойчиво требует привлечения к сотрудничеству представителей не только клинической и теоретической медицины, но и физиков, инженеров и техников.

В связи со значительным ростом практической и научной физиотерапии, в связи со все возрастающим интересом к делу физической терапии со стороны широких врачебных масс, в 1925, 1927 и 1935 гг. были созваны три всесоюзных физиотерапевтических съезда.

Съезд	Год	Число делегатов
I	1925	185
II	1927	244
III	1935	725

Приведенная таблица иллюстрирует тот интерес, который существует и растет у наших врачей к этому разделу медицины.

IV Всесоюзный физиотерапевтический съезд состоится в 1938 г. На нем должны быть освещены следующие проблемы: 1) Реакции человеческого организма на физические методы лечения; 2) Физиотерапия растущего организма; 3) Ультракоротковолновая терапия в клинике; 4) Физиотерапия на селе.

В 1925 г. на I Всесоюзном физиотерапевтическом съезде, по инициативе одного из основоположников советской физиотерапии — засл. деятеля науки проф. *С. А. Брушгейна,* была создана Всесоюзная физиотерапевтическая ассоциация. Работает и развивается Всероссийское физиотерапевтическое общество с его многочисленными филиалами (московским, ленинградским, казанским и т. д.).

За двадцать лет в СССР издано несколько десятков монографий, руководств и учебников по всем разделам общей и частной физиотерапии. С 1925 г. издается также специальный журнал «Физиотерапия»; много работ по физиотерапии помещается и в общей медицинской прессе.

Все изложенное свидетельствует о значительном росте практической и научной советской физиотерапии.

Пожелаем же ей дальнейшего развития и процветания на благо нашей необъятной социалистической родины.

И. П. ПАВЛОВ И ЕГО ДЕЛО

Проф. *К. М. Быков* (Ленинград)

Научное дело *Ивана Петровича Павлова* огромно. *Павлов* вывел физиологическую науку далеко за пределы специальной биологической или медицинской дисциплины. В настоящее время и биолог, и социолог, и психолог вместе с педагогом заинтересованы не только в том, что добыто *Павловым*, но и в дальнейшем прогрессе учения о высшей нервной деятельности животных и человека. *И. П. Павлов* начал свою исследовательскую деятельность в лаборатории при клинике знаменитого С. П. Боткина. Этот период работы *Павлова* был посвящен физиологии кровообращения, точней — изучению регуляции деятельности сердца и кровеносных сосудов. На этом первом этапе своей деятельности *И. П. Павлов* внес в физиологию совершенно новые идеи о влиянии нервной системы на метаболизм органов и тканей. Почти одновременно с английским физиологом Гаскелом *Павлов* установил, что нервная система оказывает свое влияние не только на специфическую рабочую деятельность сердца, на ускорение или замедление частоты его сокращений, но и на обмен в самой ткани сердца. Таким образом было впервые в своеобразной форме обнаружено трофическое влияние нервной системы на мышечную ткань. Эта замечательная идея не оставляла *Павлова* всю его жизнь. Все мы хорошо помним его речь на торжественном заседании в честь проф. *Нечаева* в 1922 г., в которой патриарх советской физиологии изложил свои мысли о трофике с присущей ему ясностью и силой. Идеи *Павлова* о трофической функции дали возможность создать целое учение об адаптационно-трофической функции симпатической нервной системы продолжателю *Павлова* — акад. *Орбели*, а также сделать попытку построить новую теорию медицины проф. *Сперанскому*. Этот первый период деятельности *Павлова* был самый короткий, — после лаборатории при клинике Боткина *Павлов* перешел в основанный в то время Институт экспериментальной медицины. В этом, известном всему миру, исследовательском учреждении полностью развился гений *Павлова*. В 1935 г. во время Международного конгресса физиологов зарубежные гости, вспоминая посещение павловской лаборатории на Лопухинской улице, ныне улице акад. Павлова, писали, что им выпала радость видеть ту операционную комнату, в которой был создан *Павловым* маленький желудочек, эзофаго-томированная с желудочной фистулой собака и другие удивительные физиолого-хирургические операции. Действительно, здесь, в этом скромном здании, создавался слишком 40 лет тому назад новый путь исследования функциональных отправлений животного организма — метод хронических опытов на животных, предварительно подготовленных хирургической операцией. В своем классическом труде «Лекции о работе пищеварительных желез», вышедшем впервые в 1897 г., *Павлов* со всей страстностью горящего жаждой знания естествоиспытателя описывает, каких неожиданных и ценных результатов можно достичь, изучая процесс пищеварения на нормально функционирующем здоровом животном. Хирургическая операция, проделанная на подопытном животном, преследует цель — сделать доступным для наблюдения и экспериментирования скрытые в глубине тела органы, не затрагивая их нормальных физиологических отправлений. В этом кроется урок и для хирургии в медицине, цель которой не только вырезать, удалить какую-либо часть организма, но сохранить функциональную целость сложно построенного биологического объекта. Учение *Павлова* о деятельности пищеварительных желез легло в основу всего учения о пищеварении. Кто может теперь обойтись без знания того, что сделано *Павловым* и его многочисленными учениками в этой важной области физиологической науки. В учении *Павлова* наши знания о процессе пищеварения получили новый толчок к дальнейшим исканиям, и в настоящее время во всех физиологических лабораториях мира имеются операционные для подготовки экспериментальных животных, для изучения не только процесса пищеварения, но и всевозможных других физиологических явлений. Метод хронических опытов способствовал появлению новых школ как у нас в Союзе, так и за границей. Работы по иннервации пищеварительных желез создали *Павлову* всемирную известность и дали возможность ему, первому из русских, получить нобелевскую премию в 1904 г.

При изучении иннервации пищеварительных желез *Павлов* столкнулся с новым классом физиологических явлений, до тех пор недоступных для экспериментального изучения. Совершенно незаметно совершился переход от изучения иннервации пищеварительных желез к изучению деятельности коры головного мозга. Создалось новое учение об условных рефлексах, привлекшее внимание физиологов и психологов всех стран. Этот последний период работы *Павлова*, начиная с 1902 г. по день его смерти в 1936 г., был самым продолжительным и, конечно, самым плодотворным по тем результатам, которые получены в павловских лабораториях, в различных отечественных исследовательских учреждениях Союза и во многих иностранных лабораториях. Своим учением об условных рефлексах *Павлов* перебросил мост между психологическим и физиологическим. То, что раньше называли «психическим» отделением слюны, в руках *Павлова* стало физиологическим явлением, чрезвычайно доступным для изучения и бесконечно выгодным для дальнейшего углубленного понимания механизма этого загадочного прежде феномена.

Перед *Павловым* в самом деле встал вопрос: как понять ответ слюнной железы на действие раздражителя на расстоянии? Как материально представить себе реакцию слюнной железы на вид, запах и другие качества пищи, действующие на расстоянии? Если при попадании пищи в полость рта слюна течет рефлекторно, то не есть ли и реакция на расстоянии также рефлекторный процесс? Чтобы доказать это предположение, потребовалось упорная, последовательная работа в новых условиях экспериментирования. Тут как раз обнаружилась вся выгода хронического опыта. Теперь на собаках со слюнными фистулами стали самым подробным и настойчивым образом изучать свойства рефлексов совершенно своеобразной природы. Оказалось, что раздражителем слюнной железы можно сделать любой агент, совпадающий по

времени действия с действием пищевого раздражителя в полости рта; например, сопровождая еду звуком или светом несколько раз, мы получаем затем ответ железы при изолированном действии звука или света без сопровождения едой. Звук или свет — до тех пор индифферентные агенты для железы — сделались теперь раздражителями. Это и есть вновь возникший рефлекс при определенных условиях экспериментирования, потому и названный условным рефлексом. Все рефлекторные процессы, по павловской терминологии, и были разделены на безусловные, известные до сих пор, и на условные — вновь открытые. Установлением этого факта *Павлов* поставил великую новую проблему, как создается новый рефлекторный механизм, как создается в центральной нервной системе новая рефлекторная дуга, какими она обладает свойствами. Уже при первых шагах на этом новом пути обнаружилось, что условный рефлекс осуществляется при наличии коры головного мозга, при возникновении двух очагов возбуждения в центральной нервной системе — одного в продолговатом мозгу от действия раздражителя в полости рта, а другого в мозговой коре при действии, например, звука, — устанавливается связь между двумя возбужденными очагами, и в дальнейшем возникновение очага возбуждения в коре мозга вызывает возбуждение и в продолговатом мозгу, результатом чего и является слюноотделение при раздражении светом или звуком. Так возникла плодотворнейшая идея временной связи как один из главных принципов деятельности центральной нервной системы. Перед исследователем открылись широчайшие перспективы изучения деятельности мозговой коры при помощи образования временных связей. Началась «настоящая физиология головного мозга». В естествознании совершился важный переворот, открылись возможности объективного изучения высшей нервной деятельности. Вместо бесплодных многовековых субъективных толкований деятельности слюнных реакций животного представилась возможность измерять процессы, происходящие в мозговой коре. В одной из своих ярких речей *Павлов* в таких выражениях охарактеризовал этот важный момент: «неудержимый со времен Галилея ход естествознания впервые заметно приостанавливается пред высшим отделом мозга, или вообще говоря, пред органами сложнейших отношений животных к внешнему миру. И казалось, что это недаром, что здесь — действительно критический момент естествознания, так как мозг, который в высшей его формации — человеческий мозг — создавал и создает естествознание, сам становится объектом этого естествознания». В этих замечательных словах выражена вся важность, вся глубина поставленных *Павловым* задач и возможность их решения новым методом исследования.

Все огромное усилие работы Павлова и было направлено на изучение тех соотношений, которые разыгрываются в мозговой коре, причем эффекторным показателем служила слюнная железа. К великому нашему счастью *Павлов* сам сделал сводку о своей работе: будучи 80-летним стариком он с юношеским увлечением, с бодростью зрелого мужа изложил свое учение в 1927 г. в знаменитой книге «Лекции о работе больших полушарий» и в сжатой форме высказал в Большой медицинской энциклопедии свои последние представления о высшей нервной деятельности. Было бы странно, если бы я в короткой статье попытался излагать сейчас весь огромный материал павловской школы, тем более, что ряд важнейших отделов новой науки только что начал разрабатываться. Ко дню величайшей даты в истории человечества, к двадцатилетию Октября, я осмелился, говоря о научном деле *Павлова*, изложить те данные в новой увлекательной области, которые получены за последние десять лет мной и моими сотрудниками.

Еще в давних своих исследованиях в павловской лаборатории я подошел к вопросу — какова роль головного мозга в деятельности внутренних органов.

Мы давно знаем, что пищеварительные железы, сердце, сосуды, почки, печень, селезенка обильно снабжены нервами, и для многих случаев знаем, каков результат возбуждения этих первов, относящихся к вегетативной нервной системе. До последнего времени, однако, удерживалось некоторое противопоставление вегетативной иннервации аппаратов «растительной жизни» соматической иннервации двигательного аппарата. Это противопоставление основывалось, с одной стороны, на ряде морфологических особенностей вегетативной нервной системы, с другой — обусловливалось тем, что субъективно деятельность внутренних органов не воспринимается, как доступная контролю сознания. Между тем теоретически очень трудно представить, чтобы высший регуляторный аппарат — головной мозг — не оказывал влияния на все органы тела.

Экспериментальная разработка этого вопроса стала возможной благодаря тому, что принцип временных связей и образование условных рефлексов дали возможность перейти от психологического опыта к физиологической теории и методологии, а вместе с тем и понятие иннервации в нашем представлении значительно расширилось. По путям вегетативной системы к органам могут быть брошены импульсы с любой части центральной нервной системы, начиная с головного мозга.

Прежде всего нужно сказать, что в результате наших исследований и исследований некоторых других лабораторий сейчас трудно назвать такую деятельность организма, которая не могла бы изменяться в порядке условного рефлекса и которая была бы «автономна» от деятельности головного мозга. Условные рефлексы образованы на мочеотделение (*Быков, Алексеев-Беркман, Балакшина, Дрягин* и др.) и на торможение диуреза [*Лейбсон* (лаборатория Л. А. Орбели) и *Бородавкина* (наша лаборатория)], на выделение желчи (*Риккль, Иванов* и др.), на сосудистые реакции (*Рогов, Пшоник*, а ранее проф. *Цитович*), на терморегуляцию (проф. *Синельников* и наши сотрудники *Слоним, Ольнянская, Нестеровский*), на движение селезенки (*Быков, Горшков* и *Кельман*), на симптомы общего отравления [*Крылов, Бабский* и *Лейтес* (лаборатория Разенкова)], на изменение дыхания при действии углекислоты (*Конради* и *Бебешина*), на рвоту (*Крылов, Подкопаев* и др.), на движение кишечника (*Быков* и *Давыдов*), на появление иммунных тел и лейкоцитов (*Метельников, Подкопаев, Завадский* и др.). Уже из этого перечня, далеко не полного, видно, насколько глубоко проникают влияния со стороны головного мозга на процессы, принимаемые за «бессознательные».

В дальнейшем пред нами на очереди стоял вопрос, нет ли воздействия коры головного мозга на такие явления в организме, которые до последнего времени

толкуются на основании физико-химических зак
мерностей. Сама возможность иннервационных возде
ствий на такие процессы, как обмен газов между
кровью и легочными альвеолами, образование лимфы,
всасывание в кишечнике и т. п., признается не всеми,
хотя ряд фактов говорит в пользу существования та-
ких воздействий. Если же такие иннервационные
влияния существуют, то теоретически они не могут
быть нацело оторваны от влияния со стороны голов-
ного мозга.

Уже в 1931 г. мы имели материал в работах *Ольнянской*, показывающий, что и кора мозга может влиять на состояние обмена и питания тканей. *Ольнянской* с полной точностью удалось установить, что любой индиферентный агент, совпадающий по времени с условиями резкого повышения обмена, начинает в дальнейшем сам по себе при изолированном применении резко увеличивать общий метаболизм. Эти опыты проведены на людях, проверялись неоднократно многими контрольными наблюдениями и были подтверждены в несколько другой постановке исследователями других лабораторий (*Коган*, *Ефимов* и др.).

Поразителен факт, когда звук, действовавший восемь-десять раз одновременно с мышечной работой, в дальнейшем примененный изолированно в течение нескольких секунд, вызывает крутой рост газообмена на протяжении длительного времени. Если при коротких опытах еще допустимо думать, что здесь дело зависит от увеличения количества крови, подаваемой к легким, то это толкование неприложимо для тех случаев длительного повышения обмена, которое *Ольнянская* наблюдала при изучении основного газообмена. Полученные на людях данные были повторены в экспериментах на собаках, и было показано, что после ряда впрыскиваний тироксина, каждое из которых на несколько дней повышает обмен, инъекция простого физиологического раствора (0,9% NaCl) вызывает тоже многодневное повышение обмена. Из этих опытов с полной очевидностью следует, что кора мозга способна посылать импульсы, изменяющие такую основную характеристику жизнедеятельности, как обмен веществ.

Сейчас у нас собраны данные, позволяющие установить, что импульсы, приходящие с коры мозга к слюнной железе, меняют проходимость железистых клеток к циркулирующему в крови иоду (*Михельсон*). После применения положительного условного раздражителя выделение иода со слюной уменьшается, после тормозного раздражителя оно возрастает. Анализ причин этого явления еще не сделан, но опыты повторены в несколько другой модификации *Ковалевой* и дали сходные результаты. Очень демонстративно было также показано *Черниговским*, что проходимость для иода в железах изменяется на фоне угасания условного рефлекса. Очень важно отметить, что импульсами с коры можно изменять такое основное свойство клеток, как их проницаемость. В физиологии хорошо известно, что протекание ряда клеточных функций определяется именно этим фактором (Гебер, Эббеке, Гельгорн, Гилл и др.).

Очень показательны опыты, проделанные сейчас в том же направлении нашим сотрудником *Рикль*. На изолированной по Тири-Веллю кишке наблюдается всасывание глюкозы, а затем при одновременном сочетании действия на слизистую кишки агента, понижающего всасывание, и индиферентного звукового

[redacted]

Толь
регистри
под влия
изменения
тем изменени
морфия с одно
раздражителей, с
телем. Очень важ
демонстрируемые электро
то, что сама проводящая система серд
сама сердечная мышца подвергаются обратимым изм
нениям под влиянием корковых стимуляций. В данном случае мы имеем полную аналогию с опытами *И. П. Павлова*, из которых родилось, как я уже говорил, все современное учение о трофической иннервации. Опять крайне важно подчеркнуть, что корковое влияние осуществляется в этом случае не в порядке изменения интенсивности специфической рабочей деятельности органа, т. е. в положительном или отрицательном хроно-инотропном изменении работы сердца, а в глубоких протоплазмодинамических сдвигах клеточных структур сердца. Перед нами широкие возможности подойти к изучению патологических сдвигов сердечно-сосудистой системы.

Устанавливая, что кора мозга влияет на внутренние органы, нельзя упускать из виду, что эта связь — обоюдосторонняя.

Клиническими наблюдениями давно отмечены соответствующие явления, но опять-таки экспериментальное обоснование стало возможным лишь при овладении методом временных связей. Если из какого-либо раздражения внутренних органов удается выработать временную связь, то это доказывает, что импульсы с этого органа доходят до коры мозга. В нашей лаборатории (в нашей работе совместно с *Ивановой* и в работах *Айрапетьянца*) было показано, как адэкватное, чрезвычайно деликатное раздражение слизистой желудка или мочевого пузыря может сделаться условным раздражителем какого-либо другого органа. *Айрапетьянц* при раздражении слизистой мочевого пузыря и одновременным подкармливанием животного через несколько таких сочетаний получал слюноотделение при одном раздражении мочевого пузыря. Само собой разумеется, при постановке этих опытов исключалось всякое другое, падающее на экстероцепторы, воздействие на нервную систему. Условный процесс образовался только из раздражений, падающих на рецепторы пузыря.

Таким образом была показана возможность образования временной связи на интероцептивном раздражении. Отсюда следует, что внутренние органы обладают специальной рецепцией, которая может сделаться базой для образования условно-рефлекторной реакции. Мы сделали теперь предположение, что при помощи интероцептивых импульсов от органов посылается информация о состоянии их в каждый данный момент. Эта информация восходит до мозговой коры. В дальнейших опытах на собаках с образованными условными связями наши сотрудники *Прибыткова* и *Гальперин* могли констатировать, что интероцептивные импульсы оказывают влияние и на течение

...в население Англии, Шотландии и Ирландии, вместе ...утр..., составляло 50,1 млн. человек, а в 1931 г.—лишь 48,9.

...*Эпидемии в Индии*, насчитывавшей в 1934 г. 375 млн. огр...овек населения, свирепствуют с неослабевающей силой. О... Индии ужасающее распространение имеют холера, чума и оспа. В «Annuel Epidemiological Report» (Généva, 1936) приводятся следующие данные: умерло от холеры: в 1932 г.— 67 230, 1933 г.— 68 319, в 1934 г.— 199 736; умерло от чумы: в 1932 г. — 46 504, в 1933 г.— 42 631, в 1934 г.— 80 131; умерло от оспы в соответствующие годы: 44 925, 103 611 и 83 939. «D. Med. W. (VI, 1937, № 25) указывает, что в Индии за один 1934 г. умерло 6 914 000 чел., из них от тифов и желтой лихорадки — 4 млн. чел., от кишечных заболеваний — 500 000, от дизентерии — 300 000 и других заболеваний — 1 750 000 чел. Это данные официальной статистики смертности, в действительности гораздо более высокой, но не регистрируемой вследствие отсутствия на местах минимальной сети лечебно-санитарных учреждений и медицинских кадров.

...*Число умерших в Германии* от всех заболеваний за первый квартал 1937 г. было 231 193, т. е. больше на 25 000, чем в первом квартале 1936 г. (205 587). «Klin. Woch.» (IX, 1937, № 38) сообщает также об увеличении числа умерших грудных детей, а именно в первом квартале 1937 г. — 25 351 против 22 035 в том же квартале 1936 г.

...В Польше отмечается непомерно высокая смертность детей грудного возраста, которая в третьем квартале 1936 г. составляла 16,9 на 100 родившихся. Только в двух странах— Литве и Венгрии — эта смертность выше, чем в Польше. (Polska Gaz. Lek., № 12, 1937).

...На состоявшемся в г. Познани (Польша) объединенном заседании местного медицинского о-ва и местного отделения Польского о-ва врачей-гигиенистов был заслушан доклад о положении дела борьбы с *туберкулезом на селе*. В своих выводах докладчик указывает на факт значительного распространения туберкулеза на селе, в частности среди детей, на тесную связь этого явления с тяжелыми жилищными условиями, особенно среди малоземельных крестьян, и на неудовлетворительную организацию борьбы с туберкулезом, которая тормозится министром социального обеспечения. Выступавшие в прениях участники собрания указывали, помимо этого, на тяжелое положение военных инвалидов, больных туберкулезом, которые, прибывая в деревню после увольнения из армии, вынуждены в течение 1½—2 лет ожидать выплаты пособия, на недостаточное питание крестьянских масс в связи с свирепствующим кризисом и безработицей, на недоступность санитарного лечения для туберкулезных больных на селе. Один из выступавших в прениях назвал размеры распространения туберкулеза среди населения Польши «катастрофическими». В следующем докладе, посвященном вопросу о роли молока в распространении туберкулеза, указывалось, что треть проб рыночного молока в Познани оказалась зараженной палочками Коха. Из прений выяснилось, что около 70% коров инфицированы туберкулезом; не лучше снабжение молоком в Варшаве. (Polska Gaz. Lek., 1937, № 33 и 34).

...Председатель правления объединения польских курортов в своем отчетном докладе приводит статистические данные о посещаемости польских курортов представителями различных профессий и групп населения. Комментируя эти данные, «Polska Gazeta Lekarska» подчеркивает чрезвычайно незначительное использование курортного лечения учителями, ремесленниками и особенно рабочими, не говоря уже о крестьянах, которые вовсе не значатся среди посетителей курортов ((Polska Gaz. Lek., № 23, 1937).

ЗА РУБЕЖОМ

...В Америке недавно создан Совет по координированию работы в области *ограничения рождаемости*. Совет должен объединить существующие уже Лигу ограничения рождаемости и Бюро клинических исследований по ограничению рождаемости. (J. Am. Med. Assoc. 7/III 1937).

...В США в истекшем 1936 г. значительно возросло количество смертей в связи с различными *несчастными случаями* и в том числе на транспорте. Всего в этом году было убито 111 000 человек, что составляет 80,4 на каждые 100 000 населения, на 10% больше, чем в 1935 г. На 10 730 000 человек получили увечье, в том числе 300 000 обречены на инвалидность. На различных видах транспорта было убито 37 800 человек, что также составляет увеличение по сравнению с прошлым годом. От несчастных случаев в домашних условиях погибло 38 500 человек, от несчастных случаев на производстве — 18 000 против 16 500 в 1935 г.

(J. Am. Med. Assoc. 21/VIII 1937).

...*Рост смертности от пеллагры* наблюдается за период 1922—1935 гг. в 13 южных штатах США. Представитель Американского Красного Креста (W. de Kleine — Вашингтон), в «American Journal of Public Health» (VI, 1937 г.) сообщает, что наибольшего подъема смертность от пеллагры достигла в 1929—31 гг. и равнялась 30,0 а также 50,0 на 100 000 населения в отдельных штатах. Пеллагра — болезнь, вызываемая потреблением широкими массами населения исключительно неполноценных злаков (кукуруза, маис и т. д.).

...На одном из заседаний последнего съезда Британского медицинского общества был поднят вопрос о том, допустимы ли *телесные наказания для детей-преступников*, еще до сих пор разрешаемые английским законодательством. Из европейских стран телесные наказания детей предусмотрены законодательством в Финляндии, Швеции и Норвегии. Выступавшие в прениях представители ведомства народного просвещения указывали, что телесные наказания детей не только жестоки, но и бесполезны: 80% наказанных детей вскоре совершают новые преступления. Среди выступивших в прениях обнаруживались все-таки разногласия по данному вопросу. Было решено передать вопрос для изучения особой комиссии. (J. Am. Med. Assoc. 21/VIII — № 7).

...*Население Англии уменьшилось* за период 1921—1931 гг. более чем на 1 миллион человек. По данным переписи

Зам. отв. редактора проф. М. В. Черноруцкий
Отв. секретарь ред. М. В. Броун
Технический ред. И. М. Фролов
Корректоры Э. Н. Авербух, Л. С. Игнатьева

Биомедгиз — Ленинградское отделение ...ва — ...ство.

Ленбиомедгиз 9¼л. Тираж 19 300. Сдан в набор 4/X-37 Подписан к печати 26/X-37 г. Бум. печ. 60×92. Печ. ли...
Колич. печ. зн. в бум. листе 102 840. Авторск. л. 8,8 Леноблгорлит № 5267. Заказ № 2235

Типография „Коминтерн", Ленинград, Красная ул., 1.

В гор. ЗЛАТОУСТ
Челябинской области

приглашаются врачи — гинекологи, венерологи, терапевты, педиатры, окулист для заведывания глазным отделением Горбольницы и работу в Поликлинике.

Оплата труда на основании постановления от 4 марта, проездные и подъемные на основании Положения.

Требуется врач-терапевт

на новое строительство в 6-ти километрах от гор. ИВАНОВО.

Квартира и коммунальные услуги предоставляются бесплатно.

Зарплата по закону от 4/III 1935 года.

Заявления направлять: гор. ИВАНОВО, ул. 10-го Августа, д. № 3. Горздравотделу.

ЛЕНИНГРАДСКАЯ
ТОРГОВАЯ БАЗА
ИСПОЛКОМА СОКК и КП

ИМЕЮТСЯ В ПРОДАЖЕ:

МИКРОТОМЫ замораживающие.
ШПРИЦЫ ЖАНЭ.
ИГЛЫ МИЛЛЕРА.
ОПЕРАЦИОННЫЕ столы ГАНА — насосные и винтовые.
ЗУБОВРАЧЕБНЫЕ кресла наркозные.
ТАБУРЕТЫ винтовые.
СТОЛИКИ, ШКАФЫ инструментальные.
ДОСКИ для ГАЛЬВАНИЗАЦИИ разные.
АППАРАТЫ ЗАУСАЙЛОВА
АВТОМАКСЫ.
ДЕЗОДОРАТОРЫ.
ЛАМПЫ с гибким валом для уха, горла и носа.
НАКОНЕЧНИКИ ЗУБОВРАЧЕБНЫЕ и части к ним.
КАРБОРУНДОВЫЕ КАМНИ зубоврачебные.
ДИСКИ сепарационные, карборундовые, металлические и бумажные, штрипсы и пр.
ПОЯСА для бань.
КИСТИ парикмахерские (для стерилизац.).
КРАСНО-КРЕСТОВСКОЕ оснащение, как то: ГСО, БГСО, значки Кр. Кр., сансумки оснащенные, ПВХО, носилки и прочее медицинское оборудование и предметы санитарии и гигиены.

Заказы направлять по адресу: Ленинград, Банковская линия 4—5, Ленторгбаза Исполкома СОКК и КП.

Телеграфн. адрес: Ленинград—ЛЕНБАЗСОКК
Телеф. № 66-62 и 681-63.

Расч. счет № 132127 в Куйбышевском отделении Комбанка

Межрайонная Государственная
САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ СТАНЦИЯ

приглашает на работу врачей:

1) завед. санитарно-бактериологич. лабораторией,
2) врача завед. сан.-гигиен. отд. лаборатории,
3) врача-бактериолога,
4) химика, знакомого с санитарно-гигиенич. исследованиями, и санитарных врачей, коммунальников, пищевиков, эпидемиологов, общесанитарных.

Оплата по соглашению, предоставляется квартира, остальное по КЗОТ.

г. БРЯНСК, Государственная Санитарная Инспекция.

АШХАБАДСКАЯ
Клиническая психиатрическая больница

приглашает врачей-психиатров на следующие должности:

1) ординаторов больницы 2
2) зав. детск. психиатр. отд. 1
3) зав. колонией на 100 коек 1

Оплата труда по соглашению. Приглашаемым врачам квартира обеспечивается, а зав. колонией — бесплатным столом и транспортом.

Желающие должны представить справки об окончании вуза и краткую автобиографию.

АДРЕС: г. Ашхабад, Первомайская, 123, Клиническая психиатрическая больница.

КРАСНОДАРСКИЙ
Клинический родильный дом

приглашает двух врачей-акушеров со специальным стажем не менее пяти лет.

Заявление с документами направлять по адресу: КРАСНОДАР. Клинический родильный дом. Улица Седина, № 36. Главврачу.

КАЗАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

объявляет КОНКУРС

на замещение следующих вакантных должностей:

1. Профессора директора кафедры Патологической физиологии
2. Профессора директора кафедры Гигиены труда.

Жизнеописание, научные труды и отзывы общественных организаций направлять по адресу: КАЗАНЬ, Университетская, 13, Мединститут.

Срок конкурса — месяц со дня появления публикации.

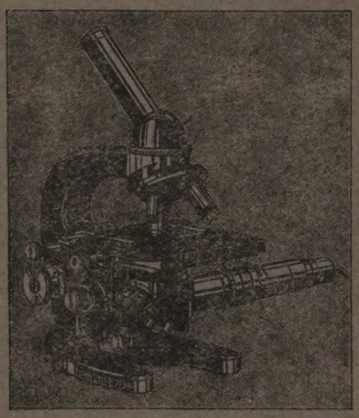
Цена 1 руб

ZEISS ЦЕЙСС

МИКРОСКОПЫ новейшей конструкции

с монокулярным и бинокулярным наклонным тубусом для исследований и практики.

Главное преимущество новых микроскопов Цейсс состоит в том, что головка зубчатки расположена внизу и поэтому работы производятся надежно, удобно и быстро.



Штатив LgOG
с панкратическим конденсором

Современные дополнительные устройства для микроскопов:

Панкратический конденсор

Микроскопические лампы, конденсор и штатив микроскопа соединены идеальнейшим образом в один инструмент. Установка на все апертуры.

Универсальная насадочная камера „МИФЛЕКС"

Камера для микрофотографических моментальных с'емок.

Поляризационный фильтр по Бернауеру

Новомодный, недорогой фильтр для исследований в поляризационном свете.

Проспекты высылаются бесплатно.

CARL ZEISS JENA

CARL ZEISS, JENA (Германия)

Отделение: BERLIN NW 7, Karlstr. 30

8650g

МАГНИТОГОРСКОЙ
Центральной Городской Больнице

ТРЕБУЮТСЯ:

1. Заведывающий нервным отделением.
2. „ кожно-венер. отделен.
3. „ гинекологич. отделен.
4. „ родильным отделением.
5. „ 2 детским терапевтическим отделением.
6. Ординаторы — хирурги 2
   „ — терапевты 3
   „ — гинеколог 1
7. Врачи лаборанты клиницисты 2
8. Врачи прозекторы 2

Условия по соглашению.

Заявления с жизнеописанием направлять по адресу—гор. МАГНИТОГОРСК, Ежевка, Горбольница — Главврачу.

САЛЬСКАЯ
РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА
на 150 коек

ПРИГЛАШАЕТ на работу врачей:

Завед. хирургич. отдел. на 40 коек . . . 1
Завед. акуш.-гинек. отд. на 45 коек . . . 1
Ординатор гинекологич. отд. 1
Рентгенолог 1
Лаборант 1
Терапевт 1
Инфекционист 1
Туберкулезник 1

Квартиры предоставляются.

Подъемные и проездные по КЗОТ.

Зарплата по закону от 4/III 1935 года.

Всем приглашенным врачам обеспечиваются совместительства.

Предложения направлять: гор. САЛЬСК Азово-Черноморск. Край. РАЙБОЛЬНИЦА.